

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet 1895, à 1 heure

PAR

AUGUSTE CROCHET

Né à Feux (Cher), le 26 mai 1865

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS,

Necker, Maison municipale de santé, Hôtel-Dieu,

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ACCIDENTS NERVEUX DE L'ÉRYSIPÈLE

Président : M. BOUCHARD, Professeur.

Juges : MM. { GUYON, Professeur.
 { ALBARRAN } Agrégés.
 { CHARRIN }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

—
1895

517

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet 1895, à 1 heure

PAR

AUGUSTE CROCHET

Né à Feux (Cher), le 26 mai 1865

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS,
Necker, Maison municipale de santé, Hôtel-Dieu,
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ACCIDENTS NERVEUX DE L'ÉRYSIPÈLE

Président: M. BOUCHARD.

Juges: MM. { GUYON.
ALBARRAN.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL.
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BAILLON.
Pathologie médicale		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale		DIEULAFOY.
Anatomie pathologique		DEBOVE.
Histologie		LANNELONGUE.
Opérations et appareils		CORNIL.
Pharmacologie		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale		TERRIER.
Hygiène		POUCHET.
Médecine légale		LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée		BROUARDEL.
		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR.	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Præceptorem quidem, qui me hanc artem
edocuit, parentum loco habiturum.*

(HIPPOCRATE.)

INTRODUCTION

Parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés de l'érysipèle, aucun n'a assez insisté sur les troubles nerveux occasionnés par cette maladie infectieuse. Pendant notre séjour dans le service de M. le D^r Roger à l'Hôtel-Dieu annexe, service exclusivement réservé aux érysipélateux, nous avons pu observer cette maladie sous toutes ses formes.

Nous avons été frappé surtout des accidents nerveux qui peuvent se montrer au cours de cette affection et pendant la convalescence. Nous les avons étudiés spécialement et en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Après un rapide historique sur les troubles nerveux dans les maladies aiguës, nous étudierons les mêmes accidents au cours de l'érysipèle, et pendant la convalescence. Nous verrons ensuite l'influence de l'érysipèle sur les sujets prédisposés par des antécédents nerveux, soit héréditaires, soit personnels. Enfin nous essaierons la pathogénie de toutes ces manifestations névropathiques.

Qu'il nous soit permis en terminant nos études de remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

Notre premier maître, qui nous enseigna les notions de clinique fut notre excellent ami M. le D^r Lovy, qui était notre interne dans le service de M. le D^r Moutard-Martin. Nous adressons tous nos remerciements à notre ami, actuellement médecin à l'hôpital de Tunis.

Nous remercions les chefs de services dont nous avons été l'externe :

M. le D^r Delens, dans le service duquel nous avons appris la clinique ophtalmologique, et qui nous a donné des preuves nombreuses de bienveillance, a droit à tous nos remerciements.

M. le professeur Tarnier nous a fait connaître les difficultés de l'obstétrique, il nous fait profiter de son enseignement si pratique, et l'intérêt qu'il nous a toujours montré lui assure notre reconnaissance.

Nous adressons un respectueux hommage à la mémoire du D^r Legroux qui nous a fait aimer la pathologie infantile par son brillant enseignement.

Nous avons eu aussi comme maîtres dans les hôpitaux M. le professeur Le Dentu, MM. les D^{rs} Charrin, Poirier, Variot, Prengrueber, nous les prions d'agréer tous nos remerciements.

Nous avons été aussi l'élève de M. le D^r Giraudeau, et nous saisissons avec plaisir l'occasion de le remercier pour ses leçons si précises et si méthodiques.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne provisoire de M. le D^r Rigal, nous sommes heureux de pouvoir le

remercier de son savant enseignement, et de l'affectueuse bonté qu'il nous a témoignée en des circonstances multiples.

M. le D^r Roger, pendant le temps trop court que nous avons passé dans son service comme interne provisoire, nous a fait profiter de ses connaissances approfondies de la pathologie générale et n'a cessé depuis de nous témoigner de nombreuses marques de sympathie. Il nous a suggéré le sujet de notre thèse, nous a aidé de ses conseils, nous ne saurions trop le remercier de toute sa bonté à notre égard

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur Bouchard, nous avons profité largement de l'enseignement magistral de ce maître vénéré.

Il a eu sur nos études médicales une influence considérable. Il nous a montré à chercher le comment et le pourquoi de toutes choses, et nous a appris dans ses longues causeries de l'hôpital à lire dans l'avenir du malade.

Dans le cours de nos études, il nous a toujours témoigné une bonté et une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, aussi, est-ce avec bonheur que nous lui affirmons de nouveau notre respectueux attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0007

ACCIDENTS NERVEUX

DE L'ÉRYSIPÈLE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES ACCIDENTS NERVEUX AU COURS OU PENDANT LA CONVALESCENCE DES MALADIES AIGUES

Les troubles nerveux dans les maladies infectieuses ont été observés de tout temps. Si l'on ne connaissait pas l'agent efficient de ces troubles, on savait parfaitement rattacher les accidents nerveux à telle ou telle maladie que l'on qualifiait d'épidémique ou de contagieuse.

Les progrès de la médecine, en découvrant l'agent producteur des troubles nerveux, n'ont fait que confirmer les observations de la clinique.

On peut diviser en trois périodes ce court historique. Primitivement les médecins n'ont observé que les troubles nerveux ; la connaissance de la lésion, sa pathogénie leur étaient inconnues : c'est la période clinique.

Il faut arriver jusqu'à notre siècle pour constater des lésions nerveuses, conditions de la désorganisation de certains appareils :

C'est la période anatomique.

Enfin dans ces dernières années la bactériologie nous a donné la pathogénie de nombreux accidents nerveux dus aux maladies infectieuses.

C'est la période pathogénique.

PÉRIODE CLINIQUE

Avicenne, il y a environ deux mille ans, semble avoir compris la filiation de certains troubles paralytiques dus aux maladies aiguës.

Forestus est sur ce point très explicite comme en témoigne le passage suivant : *Fit paralysis, statutis quibusdam febribus, quæ quando in paralysis membrorum anteriorum permutantur.*

Les paralysies dues aux affections de la gorge que l'on classait sous le nom général d' « angines » ont été décrites dans les premiers âges de la médecine.

Hippocrate en parle il est vrai brièvement, mais il les signale.

Vogel, Eller, Cullen, étudient les troubles paralytiques dans les maladies fébriles. Gruner semble même faire la distinction de certains troubles paralytiques survenant au cours, ou à la fin des affections aiguës. Il parle de ces paralysies, du délire, des hallucinations, des accidents cérébraux, en des termes que ne pourraient contredire les médecins modernes ; à propos des paralysies il écrit : « *Minus periculum in fine acutorum.* »

Fernel est le premier qui a signalé les paralysies « *in fine intermittentium* ». Après lui, les accidents paludéens ont été affirmés par Sennert, Hoffmann, Torti.

On lit dans Etmuller : « *Valide adstringentibus, maxime in principio dysenteria suppressa, subinde graves excitat affectus, nunc paresim contumacem, nunc abcessus mesen-*

terii.....sic etiam paresim et dyssenteria observavit Velschius. »

Fabrice de Hilden rapporte une observation de paraplégie incomplète survenue à la suite de la dysenterie chez un homme jeune : « *ab umbilico usque ad pedes resolutus fuit, ut excrementa alvi, simul et urina involuntarie et guttatin effluerent.* »

Ce qu'il y a d'important dans cette observation c'est que cette paraplégie fut précédée de contractures des extrémités.

De Lamonière, médecin lyonnais, dans sa monographie parue à Lyon en 1626, dit de l'épidémie de dysenterie qu'il a observée : « *Aliquando transiit (dysenteria) in aliam morbi speciem ut dolores articulorum, paralysim, paresim, applexiam.....* »

Bellini en 1684 parle des accidents angineux, et plus hardi que ses prédécesseurs, il essaie une pathogénie, qui est erronée.

Il faut arriver jusqu'en 1749 pour voir Chomel donner une bonne description des paralysies angineuses, à propos d'une épidémie de mal de gorge gangreneux qui a régné à Paris en 1748.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, Horstius indique nettement les paralysies comme épilogue de la variole.

Delius en 1777 publie une monographie sur la paralysie des membres supérieurs à la suite de la scarlatine.

F. Hoffman est le premier qui ait décrit des paralysies consécutives à l'érysipèle. Ce qui ressort des observations anciennes aussi bien que des travaux contemporains, c'est que les paralysies érysipélateuses offrent cette particularité d'accompagner ou de suivre l'exanthème d'une façon bien plus immédiate qu'elles ne le font ordinairement dans les fièvres éruptives et les différentes affections aiguës. C'est ce que montre clairement l'analyse des trois cas de

paralysie générale post-érysipélateuse, publiés par Baillarger ainsi que les faits produits par Leroy d'Etiolles, Graves, Gubler.

En 1831, Velpeau dit que l'érysipèle n'est pas grave par lui-même, mais seulement par ses complications : infection, accidents cérébraux.

PÉRIODE ANATOMIQUE

En 1832, commence la seconde période ou période anatomique, Elsasser fut le premier qui décrivit des lésions médullaires dans l'érysipèle.

En 1860, Gubler décrit une paralysie de l'oculo-moteur commun, et un cas de chorée à la suite d'un érysipèle.

La même année, Marchal signale l'aphasie.

En 1865, Mugnier dans sa thèse inaugurale « *sur la folie consécutive aux maladies aiguës* » soutient que l'érysipèle est souvent la cause d'accidents cérébraux, et cite comme preuve à l'appui les observations de Bayle et de Baillarger.

En 1866, Anstie signale la névralgie du trijumeau au cours de l'érysipèle et pendant la convalescence.

Holm en 1872, décrit des contractions musculaires post-érysipélateuses.

Depuis cette époque, les troubles nerveux dans les maladies aiguës sont signalés par un nombre considérable d'auteurs.

Leyden, en 1879, dit que c'est dans l'érysipèle qu'il a observé le plus grand nombre de paralysies. Il insiste sur la chorée et les mouvements choréiformes de la tête. Il dit avoir vu une paralysie de la vessie et du rectum post-érysipélateuse et la guérison avoir demandé deux années pour être complète.

En 1891, M. Roger produisit une myélite aiguë streptococcique.

Les travaux de Bourges confirmèrent ces recherches. M. Roger publia en 1893 une poliomyélite chronique infectieuse. Widal et Bezançon en 1895 ne firent que confirmer tous ces travaux.

PÉRIODE PATHOGÉNIQUE

Après avoir constaté les lésions cérébro-médullaires dans les maladies aiguës, on a cherché à connaître la nature intime de ces lésions avec la cause prochaine.

A la notion de maladie aiguë est venue se joindre la notion d'infection. La bactériologie en découvrant les microbes a réalisé un progrès immense; aussi est-ce d'une logique absolue de rechercher la relation entre l'agent microbien et la lésion.

Après avoir constaté la présence des agents infectieux spécifiques de telle maladie, dans les lésions occasionnées par cette maladie, on a immédiatement conclu que les microbes étaient la véritable cause des lésions observées. Mais dans certains cas on n'a trouvé que des lésions, et pas de microbes; dans d'autres circonstances on a constaté des troubles nerveux sans aucune lésion.

On croyait résoudre la question en disant dans le premier cas que les microbes existaient bien, mais qu'ils étaient impossibles à déceler, et dans le second cas, ne pouvant admettre de troubles sans lésions, on arrivait à tenir le même raisonnement. Dans les deux cas on invoquait l'insuffisance des moyens d'investigation pour découvrir et l'agent bactérien et la lésion.

Mais la médecine expérimentale est venue jeter un

horizon nouveau et a donné une orientation différente aux investigations des bactériologistes.

Les travaux de laboratoire permirent d'isoler les différents produits sécrétés par les microbes.

Or en 1888, Manfredi et Traversa publièrent un travail sur « *l'action physiologique et toxique des produits de culture du streptocoque de l'érysipèle* » où ils montrèrent que l'injection à des lapins de ces produits stérilisés occasionnait les accidents nerveux identiques à ceux observés au cours de l'érysipèle. Ils en conclurent que les produits seuls des microbes étaient capables de donner lieu aux mêmes phénomènes nerveux ; que la présence de streptocoque n'était pas nécessaire. Comme on peut le constater par ce court exposé historique, les troubles nerveux dans les maladies aiguës ont été observés à toutes les époques. On assiste graduellement aux progrès de la médecine et à la connaissance plus complète de ces accidents nerveux.

On ne peut rien ajouter aux remarquables descriptions de Trousseau et de Lasègue.

Les faits qu'ils ont décrits sont justes, et du premier coup ils ont fixé de main de maître la symptomatologie de ces complications nerveuses. La pathogénie seule leur a échappé, la bactériologie est venue nous montrer sous un jour vrai la nature des faits observés jusqu'ici. Nous verrons au cours de cette étude quelle en est la pathogénie véritable.

CHAPITRE II

ACCIDENTS NERVEUX SURVENANT AU DÉBUT DE L'ÉRYSIPELE

Il est très difficile sinon impossible de classer les troubles nerveux de l'érysipèle. Tous peuvent se montrer à toutes les périodes.

Notre classification est basée sur les accidents qui nous ont paru se montrer le plus fréquemment à telle ou telle période.

SYNCOPE

Nous ne savons pas si la syncope a été signalée dans l'érysipèle, nos recherches à ce sujet sont restées infructueuses.

Les quatre observations que nous relatons montrent quatre érysipèles débutant par une syncope.

En général, la perte de connaissance est assez courte, cependant nous l'avons vue se prolonger une demi-heure.

Jamais nous n'avons observé de prodromes. Ordinairement la syncope débute par un peu de vertige, de malaise ou d'étourdissement; puis survient une sensation d'étouffement, avec spasme œsophagien, dans quelque cas, sensation de vide dans la tête, enfin la perte de connaissance.

Pendant ces prodromes le malade peut avoir le temps de s'asseoir.

Ici nous n'observons rien de semblable, la perte de connaissance a été absolument brusque.

Cette perte de connaissance a commencé par une syncope véritable, sans respiration sans contractions cardiaques appréciables ; puis après quelques instants, la respiration est revenue, le pouls a reparu, le malade était en état de lipothymie, car la conscience ne revenait que quinze à vingt minutes plus tard.

Ces syncopes n'ont aucun pronostic fâcheux ; dans les quatre cas que nous citons, cette complication n'a eu aucune influence sur l'issue de la maladie.

OBSERVATION I.

Érysipèle du cuir chevelu. — Syncopes. — Guérison (personnelle).

Jar... (Alexis), cinquante-deux ans, chaudronnier, entre salle Saint-Antoine, n° 10, le 31 décembre 1893, Hôtel-Dieu annexe. — Chute sur la tête le 28 décembre. Plaie du cuir chevelu du côté gauche.

30 décembre. — Fièvre, frissons, œdème au niveau de la plaie, céphalalgie, insomnie. Syncope qui dure une demi-heure.

31 décembre. — Entre dans la salle où l'on constate une plaque érysipélateuse envahissant les joues, le front, les paupières, le cuir chevelu du côté gauche. Température 37 degrés. Pas de complications. Urine : albumine abondante. Pas de sucre.

3 janvier. — État comateux. Pouls très faible. Urine : 3 grammes d'albumine. État local stationnaire. Température, 38°, 8.

6 janvier. — Paupière droite très œdématiée. Subdélire. Albumine, 1 gr. 50.

7 janvier. — Abscess de la paupière droite. Culture du pus : streptocoque, staphylocoque blanc. Température, 37°, 8 Albumine, 2 grammes.

10 janvier. — Amélioration notable. Albumine, 0 gr. 50.

15 janvier. — Abscess du cuir chevelu. La culture du pus donne

du streptocoque pur, à 7 h. 1/2 du soir, syncope brusque sans prodrome. Au bout de 20 minutes le malade reprend connaissance, et ne se souvient de rien. Traces d'albumine.

18 janvier. — Le malade a de multiples abcès au niveau des parties envahies par l'érysipèle, qui a presque disparu. Traces d'albumine. Température, 37 degrés.

26 janvier. — L'érysipèle est guéri complètement. Plus d'albumine.

10 février. — Le malade demande à partir, il a toujours de nombreux abcès au cuir chevelu et à la face.

OBSERVATION II.

Érysipèle de la face. — Syncope. — Guérison (M. Roger).

Man... (Marie), trente-huit ans, employée, entre salle Saint-Landry, n° 28, le 16 mai 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Six érysipèles antérieurs.

15 mai. — Vers 3 heures de l'après-midi, frissons, nausées; syncope qui a duré 20 minutes. Plaque érysipélateuse au niveau de l'oreille droite, l'érythème envahit, dans la nuit, la face et le nez.

16 mai. — Lorsque la malade entre dans la salle, l'érysipèle s'étend sur le côté droit de la face, l'oreille gauche, le nez. Le cuir chevelu est indemne. Aucune complication. Température, 38°,2. Urine : ni sucre, ni albumine.

17 mai. — Amélioration légère.

22 mai. — La face desquame.

29 mai. — Sortie. Guérison.

OBSERVATION III.

Érysipèle de la face. — Syncopes. — Crises nerveuses. — Guérison (personnelle).

Aug... (Constance), trente-quatre ans, couturière, entre salle Saint-Landry, n° 34, le 26 février 1894. — Aucun érysipèle antérieur. Pas de crises nerveuses, quoique la malade soit très irritable.

24 février. — Frissons violents, céphalalgie, nausées, vomissements.

25 février. — Début de l'érysipèle à l'angle externe de l'œil droit. Envahissement progressif de toute la partie droite du visage. La malade a eu trois syncopes qui ont duré chacune 15 à 20 minutes, un intervalle de même durée séparait ces pertes de connaissance. Le même jour, la malade a eu aussi cinq crises nerveuses, à différents moments. Chaque crise durait une demi-heure.

26 février. — A son entrée à l'Hôtel-Dieu, Aug... présente un érysipèle de tout le côté droit du visage. Aucune complication. Apyrexie.

1^{er} mars. — Départ de la malade, guérison complète.

OBSERVATION IV.

Erysipèle de la face. — Syncope. — Guérison (personnelle).

Audeber... (Marie), dix-huit ans, domestique, entre salle Saint-Landry, n° 7, le 9 février 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Aucun antécédent morbide.

9 février. — D'emblée, le matin, l'érysipèle envahit le nez et les deux joues. Frissons violents, fièvre, nausées, vomissements, céphalalgie, étourdissements. Pendant la journée la malade a eu trois syncopes qui ont duré 10 minutes environ avec un intervalle de quelques heures entre chaque syncope.

10 février. — Même état. Aucune complication. Pas d'albumine dans les urines. Apyrexie.

20 février. — Départ, guérison.

CHAPITRE III

ACCIDENTS NERVEUX SURVENANT A LA PÉRIODE D'ÉTAT DE L'ÉRYSIPÈLE

DÉLIRE

Le délire dans l'érysipèle est très fréquent, et on est fort étonné de lire dans les auteurs du commencement de ce siècle que le délire dans l'érysipèle est chose exceptionnelle.

Chrestien écrivait en 1833 : « *Pendant le cours d'une pratique de cinquante ans, je n'ai eu à soigner qu'un seul cas de délire accompagnant l'érysipèle à la face et sur le cuir chevelu.* »

Després en 1865 dit que l'érysipèle s'accompagne rarement de délire.

Cependant Béhier en 1869 remarque l'intensité et la fréquence du délire et ajoute : « *Cette complication d'un coma ou d'un délire nerveux ou sympathique, constitue un fait sur la valeur duquel on ne s'est pas assez généralement appesanti : on a trop souvent vu dans ce délire une phlegmasie méningo-encéphalique.* »

Depuis on a signalé plus fréquemment cette manifestation nerveuse.

Le délire dans l'érysipèle peut apparaître dès le début, quelques heures seulement après l'érythème streptococcique.

En général, c'est un délire doux, tranquille et ne devenant violent que chez les sujets qui ont des antécédents alcooliques prononcés, comme il arrive dans tous les troubles des grandes fonctions. On observe alors cette forme spéciale connue sous le nom de *delirium tremens*. Cependant nous avons vu des malades ayant un érysipèle de la face, sans aucune tare éthylique, et présenter un délire violent, furieux (obs. XI).

La constitution et les antécédents morbides du sujet n'ont aucune influence sur la violence du délire. L'érysipèle de la tête est certainement celui où le délire est plus fréquent. Nous n'avons pas remarqué que l'envahissement du cuir chevelu donnât lieu à une plus grande manifestation de ce trouble nerveux.

La localisation à la face, au cou, au cuir chevelu est indifférente au point de vue de la violence du délire. Si dans l'érysipèle de la tête le délire est fréquent, il n'est pas rare lorsque la plaque érythémateuse se localise aux membres ou au tronc (obs. XI).

Il n'y a aucun rapport entre la manifestation locale et le délire. Nous avons observé des érysipèles avec gonflement intense de la face, du cuir chevelu, sans aucun accident nerveux ; à côté de ces faits, nous avons vu un érythème peu marqué, bénin, donner lieu à un délire continu et assez fort.

Cet accident nerveux survient également chez l'homme et chez la femme.

A l'âge mûr la réaction générale se manifeste toujours par quelque symptôme plus intense ; chez le vieillard le streptocoque peut être très virulent, sans donner un œdème bien considérable, la réaction générale ne se manifestant que par un abattement plus ou moins marqué.

Ce délire peut se continuer jusque pendant la convales-

cence, ou apparaître subitement pendant la convalescence ; dans ce cas le pronostic est plus sombre, il faudra redouter la folie ou la paralysie générale, comme l'ont observé Gubler et Bayle.

Nous avons fait un tableau des 24 cas de délire que nous avons observés. Nous voyons qu'il y a 15 hommes et 9 femmes.

Observations.	Hommes.	Femmes.	Age.	Début.	État.	Déclin.	Violence.	Durée.	ANTÉCÉDENTS		Température.
									Héréd.	Person.	
I. . .	»	1	36	»	1	»	Viol.	2	»	Variole.	40°
II. . .	1	»	56	1	»	»	V.	4	»	Alcool.	»
III. . .	1	»	34	»	1	»	Deux.	2	»	8 érysipèles.	37°
IV. . .	»	1	22	»	1	»	D.	2	»	»	38°
V. . .	1	»	15	1	»	»	D.	3	»	»	40°,4
VI. . .	»	1	64	1	»	»	D.	6	»	2 érysipèles.	37°
VII. . .	1	»	31	1	»	»	D.	4	»	»	39°
VIII. . .	»	1	26	»	1	»	V.	10	»	»	40°
IX. . .	1	»	57	»	1	»	V.	3	»	alcool.	40°
X. . .	»	1	38	»	1	»	D.	3	»	F. typh., 1 érys.	38°
XI. . .	»	1	52	»	1	»	V.	3	»	»	39°
XII. . .	1	»	25	1	»	»	D.	1	»	»	37°,1
XIII. . .	1	»	64	»	1	»	D.	4	»	»	»
XIV. . .	1	»	32	»	»	1	V.	5	»	»	38°
XV. . .	1	»	41	»	1	»	D.	2	»	»	38°
XVI. . .	1	»	38	»	1	»	D.	3	»	F. typh., alcool.	39°,9
XVII. . .	»	1	30	»	1	»	D.	1	»	20 érys., phlegmas,	40°
XVIII. . .	1	»	72	»	»	1	D.	1	»	alcool.	38°
XIX. . .	»	1	25	»	1	»	D.	2	Tuber.	»	38°
XX. . .	»	1	20	»	»	1	D.	1	»	»	39°,1
XXI. . .	1	»	50	»	1	»	D.	5	»	»	38°
XXII. . .	1	»	38	»	1	»	V.	3	»	»	38°,9
XXIII. . .	1	»	42	1	»	»	D.	5	»	»	39°,8
XXIV. . .	1	»	37	1	»	»	D.	2	»	alcool.	40°
Total.	15	9		7	14	3	7 V.; 17 D.			11	

Dans 14 cas le délire est apparu à la période d'état.
7 fois il s'est montré au début, 3 fois à la fin de l'érysipèle.

Chez 17 malades le délire a été doux, violent chez les autres. Enfin, 11 avaient des antécédents personnels, sur ces 11 malades, 5 seulement avaient des habitudes d'éthylisme.

En général, lorsque le délire est continu, violent, on devra surveiller attentivement les différents appareils du malade et l'état local, il y a souvent dans ce cas une complication simultanée.

Ce délire en clinique ne peut être considéré comme une complication méningée, il faut pour cela qu'il s'y joigne d'autres accidents cérébraux, des vomissements, du trismus, des convulsions et du coma. Hors de là le diagnostic sera toujours douteux.

OBSERVATION V.

Erysipèle de la face. — Délire. — Syncope. — Incontinence d'urine. — Guérison (personnelle.)

Lang... (Julia), trente-six ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 5 janvier 1894, salle Saint-Louis, n° 4. — Pas d'antécédents héréditaires. Deux pneumonies, variole, pas d'érysipèle antérieur.

Le 2 janvier, à la suite d'une course en voiture, frissons multiples qui ont duré toute la nuit. Le lendemain 3 janvier, à six heures du matin, apparition d'une plaque rouge, érysipélateuse, sous la paupière gauche. En vingt-quatre heures, extension, de l'érysipèle à toute la face, sauf le menton. Pas de vomissements, mais céphalalgie violente. Température, 40 degrés.

5 janvier. — Cuir chevelu, front infiltrés ; une tourniole au médius était survenue le 1^{er} janvier, un jour avant le début d'érysipèle. La culture a donné du staphylococcus pyogenes aureus pur.

8 janvier. — Délire violent dès le matin. Pouls insensible, oligurie très marquée. Albumine abondante, langue rôtie, carphologie depuis minuit.

9 janvier. — Etat comateux, la malade urine sous elle.

- 10 janvier. — La malade retient ses urines. Délire a disparu.
11 janvier. — Adynamie profonde, albuminurie.
16 janvier. — La malade est presque guérie de son érysipèle. Température, 37 degrés, mais depuis ce matin elle gâte. Elle ne s'aperçoit pas de l'issue de ses matières et de son urine.
17 janvier. — Même état. Température, 37°, 2.
18 janvier. — La malade retient ses matières.
19 janvier. — Sans aucune cause évidente, la malade qui ne s'est pas encore levée, a dans son lit deux syncopes, l'une après la visite du matin, durée vingt minutes. La seconde vers quatre heures de l'après-midi, durée une demi-heure. Pendant la syncope dernière, sueur froide abondante.
20 janvier. — La malade, quoique, faible va bien. La convalescence continue sans accidents.
28 janvier. — Sort guérie.

OBSERVATION VI.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Man... (Nicolas), cinquante-six ans, plombier, entre le 8 janvier 1894, salle Saint-Antoine, n° 29, Hôtel-Dieu annexe. — Pas d'antécédents héréditaires. Alcoolisme marqué. Chute le 6 janvier. Plaie du front. Erysipèle de la face et du cuir chevelu.

8 janvier. — A son entrée dans le service, l'érysipèle occupe toute la face, empiète légèrement sur le cuir chevelu.

9 janvier. — Délire violent pendant la nuit.

10 janvier. — Même état. Délire continue.

12 janvier. — Délire diminue un peu.

13 janvier. — Ce matin, le malade est abattu mais le délire a disparu.

20 janvier. — Malade sort guéri.

OBSERVATION VII.

Erysipèle de la face, délire conscient. — Guérison (personnelle).

Mog... (Joseph), palefrenier, trente-quatre ans, entre le 20 janvier 1894, salle Saint-Antoine, n° 21, Hôtel-Dieu annexe. —

Pas d'antécédents héréditaires et le malade, malgré sa profession, nie toute habitude alcoolique. Il a eu huit érysipèles. Le premier en 1887, le dernier en décembre 1893. Les plus violents ont été le troisième et l'avant-dernier. L'érysipèle actuel débute le 16 janvier par le bout du nez, puis envahit toute la face y compris le menton : visage absolument méconnaissable, paupières gonflées au point d'empêcher la vision. Vomissements fréquents.

20 janvier. — A son entrée dans le service, la figure du malade est toujours très gonflée ; dans la journée frissons répétés.

21 janvier. — Diminution de l'état local, quelques pétéchies avec phlyctènes dans le sillon naso-labial.

23 janvier. — Délire a débuté cette nuit, c'est un délire conscient. Légères trémulations de la langue et des lèvres. Défervescence. Température, 37 degrés.

24 janvier. — Délire a continué toute la nuit, c'est un délire de paroles et d'actions. Le malade veut se lever continuellement. Si on l'interroge, il répond très bien aux questions qu'on lui pose, il ne peut s'empêcher de se lever, il est attristé, il dérange ses voisins par le bruit qu'il occasionne. Etat local très amélioré.

25 janvier. — Le délire ce matin n'existe plus, et depuis. la convalescence a continué sans incident.

3 février. — Guérison.

OBSERVATION VIII.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).¶

Olliv... (Jeanne), vingt-deux ans, domestique, entre salle Saint-Landry, n° 9, le 24 janvier 1894. — Aucun antécédent. — Premier érysipèle, débute le 21 janvier à l'aile du nez, courbature, frissons, fièvre.

24 janvier. — Même état à son entrée, température 38 degrés.

25 janvier. — Délire pendant la nuit. Température, 37°, 8. Diarrhée. Figure peu gonflée.

26 janvier. — Plus de délire. Convalescence.

1^{er} février. — Sort guérie.

OBSERVATION IX.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Fer... (Jean), quinze ans, sans profession, entre salle Saint-Antoine, 2 février 1894. Pas d'antécédents. Premier érysipèle, débute le 31 janvier, simultanément amygdalite intense et exanthème érysipélateux sur la joue gauche, en deux jours gagne toute la face; frissons, fièvre, pas de vomissements, pas de céphalalgie.

2 février. — A son entrée, température, 40 degrés, visage très gonflé, exanthème plus intense que les jours précédents, le menton est indemne. Paupières œdématiées empêchant le malade de voir. Douleur dans la gorge, localisée surtout au niveau de la loge amygdalienne gauche. Adynamie.

Poumons : quelques râles. — Cœur : pouls très fort, souffle systolique à la pointe. Tube digestif : Constipation. Urines : albumine abondante.

3 février. — Même état.

5 février. — Température 40°,4, pouls dicrote, adynamie complète. Délire tranquille. État local légèrement amélioré.

6 février. — Délire continue. Température, 38 degrés. Amélioration de l'exanthème.

7 février. — Délire a disparu. Asthénie générale. État comateux.

8 février. — Visage peu gonflé. Malade va mieux. Température, 37°,2.

10 février. — Oreilles et nuque seuls un peu gonflés.

12 février. — Exanthème a totalement disparu. Convalescence.

2 mars. — Guérison.

OBSERVATION X.

Erysipèle de la face, du cuir chevelu. — Délire. — Guérison (personnelle).

Pellet... (Jeanne), soixante-quatre ans, journalière, entre salle Saint-Landry, n° 6, le 2 février 1894. Deux érysipèles antérieurs, le dernier à l'âge de soixante ans, plus fort que le premier. Erysi-

pèle actuel, début le 31 janvier, sans cause apparente, par cuir chevelu. Fièvre. Céphalalgie. Frissons. Diarrhée.

2 février. — A son entrée dans le service, gonflement bien marqué du cuir chevelu, du front, des paupières, des joues. Nez, lèvre supérieure, menton respectés.

Poumons : rien. Cœur : rien. Urines : peu abondantes, ni sucrée, ni albumine.

3 février. — Délire la nuit. Même état local.

4 février. — Subdélire depuis cette nuit. Visage moins gonflé. Lèvre supérieure prise.

5 février. — Délire a disparu. Légère amélioration générale et locale.

6 février. — Œdème considérable a disparu sur le cuir chevelu. Un peu de délire.

7 février. — Délire plus violent toute la nuit et le matin, malgré la défervescence. Température, 37°, 2.

9 février. — Délire continu, malgré la diminution considérable de l'exanthème à la face et au cuir chevelu.

9 février. — Délire a disparu depuis cette nuit. Amélioration considérable.

12 février. — Il ne reste plus sur la face que quelques croûtes et un léger aspect eczémateux.

13 février. — Petite poussée érysipélateuse sur le menton. Délire reparaît aussitôt, mais un délire tranquille.

14 février. — La joue gauche est plus gonflée. La température remonte à 39°, 2.

16 février. — Même état. Urine contenant de l'albumine.

20 février. — Amélioration considérable. Plus de délire. Urine contenant 65 cent. d'albumine.

27 février. — Traces d'albumine.

6 mars. — Sort guérie.

OBSERVATION XI.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Lengl... (Théophile), trente et un ans, charretier, entre salle Saint-Antoine, le 3 février 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Aucun antécédent, pas d'alcoolisme. Premier érysipèle, début 1^{er} fé-

vrier par racine du nez, propagation rapide à toute la face, frissons, fièvre.

2 février. — A son entrée, gonflement très marqué de toute la face, herpès labial. Poumons : rien. Cœur : rien. Urines : rien. Tube digestif : constipation.

3 février. — Erysipèle se propage au cuir chevelu. Délire dans la nuit et ce matin.

4 février. — Délire persiste. Propagation à la nuque. Aucune autre complication. Température, 39°,5.

5 février. — Même état local. Adynamie. Délire. Pas d'albumine. Température, 39°,6.

6 février. — Délire tranquille. Diminution de l'exanthème. Température, 38°,2.

7 février. — Amélioration considérable. Délire a disparu. Température, 38°,4.

9 février. — Poussée nouvelle au cuir chevelu malgré la défervescence. Température, 37 degrés.

10 février. — Œdème augmente à l'œil gauche. Température, 37°,2. Pas de délire.

12 février. — Cuir chevelu toujours œdématié. Pas d'albumine.

13 février. — Nouvelle poussée au cuir chevelu. Température, 37°,2.

14 février. — Diminution de l'œdème. Amélioration.

15 février. — Il ne reste plus qu'un peu d'œdème et quelques croûtes. Température, 38°,8. Albumine, 0.

24 février. — Sort guéri.

OBSERVATION XII.

Érysipèle de la tête, du cou, du tronc. — Délire, métrorrhagie.

Incontinence d'urine. — Guérison (M. Roger).

Sim... (Léonie), vingt-six ans, infirmière, entre salle Saint-Landry, n° 36, le 4 février 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Bons antécédents. Premier érysipèle, début le 12 février. Pas de céphalalgie. Pas de vomissements. Fièvre. Frisson. Angine marquée simultanément. Envahissement de la face d'emblée.

4 février. — A son entrée, toute la face est envahie, œdématiée, rouge, les yeux sont complètement fermés, l'extrémité du nez et

le menton sont nettement respectés; deux grosses vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure. Poumons: rien. Cœur: rien. Tube digestif: diarrhée légère. Urine: ni sucre, ni albumine. Température, 40°,4.

5 février. — Délire a commencé cette nuit; la malade, ce matin, répond bien aux questions posées, pas de propagation au cuir chevelu. Pas d'albumine. Pulvérisation d'éther camphré sur l'exanthème. Température, 40 degrés.

6 février. — Même état local. Propagation au cuir chevelu. Délire. La malade ne connaît plus personne. Température, 40°,5.

7 février. — La face est plus œdématiée. Rien au cœur. Rien aux poumons. Langue bonne. Délire continu. Pas d'albumine. Température, 39°,6.

8 février. — Diminution de la rougeur à la face. Extension au cou. Hier soir diminution du délire. Ce matin, délire violent. Pouls, 112. Température, 39 degrés.

9 février. — Diminution de l'exanthème à la face et au cou. Propagation à la nuque et au dos. La malade urine sous elle. Constipation. Langue humide. Délire a diminué. Malade toujours très agitée. Pouls, 108. Température, 40°,7.

10 février. — L'érysipèle s'étend à tout le dos. État général stationnaire. La malade urine sous elle.

11 février. — Même état. Délire a disparu. Température, 40 degrés.

12 février. — La face est guérie, mais tout le dos est pris et la partie supérieure droite du thorax. Cœur bon. Pas de délire. Métorrhagie abondante. La malade urine toujours sous elle. Température, 40°,2.

13 février. — Diminution de l'état local dans le dos. Toute la partie antérieure du thorax est prise. Obnubilation de l'intelligence. Métorrhagie continue. Incontinence d'urine. Température, 40°,7.

14 février. — Diminution de l'exanthème sur le thorax. Seuls les deux seins restent envahis, sans amélioration. Pouls, 130. Cœur: bon. Poumon: rien. Langue un peu sèche. Incontinence d'urine. La métorrhagie s'est arrêtée. Somnolence. Température, 40°,8.

15 février. — La malade reprend tout à fait sa connaissance.

Exanthème diminue considérablement sur le thorax. Extension légère sur le bras gauche. Pouls, 96. Langue sèche. Température, 36°,8. La malade n'urine plus sous elle. Trace d'albumine.

16 février. — Encore quelques petites plaques rouges sur le tronc. Extension au bras droit. Langue humide. Température, 37°,8. Plus de délire. Plus d'incontinence d'urine. État général bon.

17 février. — Encore un cercle rouge à la partie supérieure du bras droit. Amélioration considérable. Température, 37°,2. Traces d'albumine.

19 février. — Quelques croûtes seulement à la place de l'exanthème. Température, 38 degrés.

20 février. — Desquamation sur toutes les parties envahies par l'érysipèle. Traces d'albumine. État général bon. Température, 37°,2.

21 février. — Petit ganglion axillaire engorgé. Plus d'albumine.

22 février. — La malade va bien, demande à se lever.

24 février. — La malade depuis le début de son érysipèle n'a pris que du lait, aujourd'hui on lui permet un œuf et du bouillon.

26 février. — La malade se lève pour la première fois.

1^{er} mars. — L'amélioration continue. Pas d'albumine.

7 mars. — Cheveux tombent abondamment, surtout à la région temporale.

15 mars. — Sort guérie.

OBSERVATION XIII.

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. — Délire. — Guérison (personnelle).

Mar... (Hippolyte), cinquante-sept ans, balayeur, entre salle Saint-Antoine, n° 6, le 8 février 1894. Jamais aucune maladie. Ethylisme marqué.

Le 24 janvier, chute sur la tête, plaie.

Le 12 février, début d'érysipèle, au niveau de la plaie, cuir chevelu envahi, puis la face se prend, fièvre, frissons, céphalalgie.

8 février. — Entre dans le service, face modérément gonflée.

cuir chevelu douloureux. Poumons, cœur : rien. Pas d'albumine. Température, 40 degrés.

9 février. — Délire violent pendant la nuit. Traces d'albumine. État local stationnaire. Température, 38 degrés.

10 février. — Délire continuel, moins violent. Diminution de l'exanthème sur la face et le cuir chevelu. Température, 38 degrés. L'albumine a disparu.

11 février. — Amélioration sensible, plus de délire.

13 février. — Desquamation. Convalescence.

14 février. — Le malade demande à sortir. Il ne reste qu'un peu de rougeur au niveau des parties envahies. Plus d'albumine.

OBSERVATION XIV.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Lefe... (Julia), trente-huit ans, domestique, entre le 21 février 1894, salle Saint-Landry, n° 21, Hôtel-Dieu annexe.

Fièvre typhoïde, rougeole de dix à vingt ans. Sortie du service en décembre 1893 pour un premier érysipèle au cours duquel elle avait présenté une glycosurie transitoire.

Le 10 février, angine, durée sept jours.

Le 21 février, au matin, gonflement de la paupière droite, s'étend au nez, aux deux joues, à l'œil gauche et lorsque nous l'examinons, le 22 février :

22 février. — Elle présente un gonflement très marqué de tout le visage avec état général mauvais. Frisson, fièvre, 38 degrés. Courbature, anorexie, insomnie. Tube digestif : un peu de rougeur au niveau des deux piliers antérieurs. Langue blanche, pâteuse, pas de constipation. Poumons : quelques râles de bronchite, toux légère. Cœur : pas de lésion, pouls, 96, pas d'albumine.

23 février. — Les paupières sont plus gonflées, la face plus rouge. Température, 36°, 8.

24 février. — Extension légère à l'oreille droite ; état général amélioré.

25 février. — Gonflement a disparu, seule l'oreille reste un peu œdématiée.

28 février. — Guérison.

5 mars. — Coryza léger.

7 mars. — Guérison. La malade va très bien, toute trace d'érysipèle a disparu.

12 mars. — Cette nuit, poussée érysipélateuse occupant le nez et la joue gauche. Température, 40 degrés.

13 mars. — Les deux yeux et le nez sont pris. Le gonflement des paupières empêche la malade de voir. Température, 40 degrés. Pas d'albumine.

14 mars. — Délire cette nuit. Pouls 128. Vomissements. Température, 38 degrés. Etat local stationnaire.

15 mars. — Tout le cuir chevelu est pris. Délire continue. Température, 40 degrés.

16 mars. Légère amélioration. Délire. Vomissements. Angine légère. Pas d'albumine. Température, 38°,2.

17 mars. — Etat stationnaire. Délire. Vomissements. Température, 37 degrés. Pas d'albumine.

18 mars. — Légère amélioration, le délire a disparu. Vomissements. Température, 36°,8.

19 mars. — Vomissements arrêtés. La gorge est guérie, le gonflement du visage a presque totalement disparu. Desquamation.

21 mars. — Engorgement ganglionnaire de l'aisselle droite. Température, 39 degrés.

22 mars. — Petite poussée érysipélateuse dans le dos. Température, 39°,5. Pas d'albumine.

26 mars. — Guérison de l'érysipèle du dos, disparition de la tuméfaction axillaire droite.

30 mars. — Guérison complète.

OBSERVATION XV.

Érysipèle du dos. — Délire violent. — Incontinence d'urine.

Guérison (personnelle).

Berth... (Joseph), cinquante-deux ans, maçon, entre le 25 février, salle Saint-Antoine, n° 2, Hôtel-Dieu annexe. — Pas d'antécédents morbides, pas d'alcoolisme.

Le 17 février, ablation d'un lipome du dos à l'hôpital Beaujon.

24 février. — Le 24 février, plaie douloureuse, nausées, fièvre, céphalée. Le soir, tuméfaction très marquée autour de la plaie.

25 février. — Il entre dans le service où nous constatons un érysipèle au début; le malade n'a jamais eu d'érysipèle. La plaque érysipélateuse est limitée par un bourrelet saillant, elle s'étend surtout à gauche, empiète légèrement sur l'épaule. Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : langue blanchâtre. Constipation. Albumine : 75 centigrammes. Température : 39°,6.

26 février. — Même état général et local. Température, 39 degrés.

27 février. — L'érysipèle s'étend à la région lombaire, les parties primitivement atteintes, desquament. Température, 39°,6.

28 février. — Etat stationnaire. Température, 38°,8. Albumine, 25 centigrammes.

1^{er} mars. — Petites ecchymoses dans le bourrelet de la plaque érysipélateuse de la région lombaire. Température, 40 degrés.

2 mars. — Propagation à la partie antérieure du thorax. Température, 39°,6.

3 mars. — Les parties, nouvellement envahies, sont très gonflées. Délire violent. Température, 40 degrés. Deux bains par jour.

Température	{	1 ^{er} bain	{	avant, 40 degrés.
			{	après, 39°,1.
	{	2 ^e bain	{	avant, 40 degrés.
			{	après, 39°,4.

4 mars. — Le malade gâte. Délire. Sommeil bruyant. Etat local stationnaire. Etat général aggravé.

Température	{	1 ^{er} bain	{	avant, 39°,3.
			{	après, 38°,1.
	{	2 ^e bain	{	avant, 38°,3.
			{	après, 37°,6.

5 mars. — Langue sèche. L'érysipèle progresse sur les parties latérales du tronc, et descend à la région sacrée. Poumons : gros râles. Délire bruyant. Température, 39 degrés. Traces d'albumine.

6 mars. — Délire moins violent, l'exanthème disparaît. Température, 38 degrés.

7 mars. — Délire a disparu. Desquamation. Plus d'albumine. Température, 38 degrés.

8 mars. — Amélioration considérable. Température, 37°,5.

9 mars. — Convalescence.

14 mars. — Départ. Guérison.

OBSERVATION XVI.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Cham... (Julie), vingt-cinq ans, domestique, entre le 28 février 1894, salle Saint-Landry, n° 1. — Premier érysipèle en janvier 1893. Deuxième érysipèle, en février 1893. Troisième érysipèle, en janvier 1894. Début, 24 février par céphalalgie, frissons violents, fièvre, nausées, anorexie, diarrhée, courbature. En même temps, gonflement qui commence au niveau de l'angle externe de l'œil gauche, s'étend à toute la face, les jours suivants. Les lèvres et le menton seuls sont respectés.

28 février. — A son entrée dans le service, tout le côté gauche de la face est couvert de petites vésicules purulentes; le cuir chevelu est pris. Le cou reste indemne. Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : langue blanche, anorexie, vomissements dans la nuit. Température, 37 degrés. Pas d'albumine.

1^{er} mars. — Extension de l'érysipèle au cou. Angine légère. Température, 37°,6.

2 mars. — Délire. Angine plus intense sans engorgement ganglionnaire. Les piliers antérieurs sont très rouges. Température 37°,4.

3 mars. — Amélioration notable, l'exanthème a presque disparu. Angine moins douloureuse. Plus de délire. Température, 37 degrés.

7 mars. — Guérison.

OBSERVATION XVII.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (personnelle).

Pat... Constant, soixante-quatre ans, garçon de magasin, entre salle Saint-Antoine n° 9, le 2 mars 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Le malade a eu huit érysipèles. L'érysipèle pour lequel le malade entre dans le service, a débuté le 25 février à son entrée.

dans le service, aucune trace de l'exanthème ne peut être constatée.

2 mars. — Pat... est amené parce qu'il est délirant depuis le début de sa maladie. Poumons : rien. Cœur : bruit de galop. Tube digestif : rien. Urine : pas d'albumine.

3 mars. — Délire continue, il est doux, tranquille, on permet au malade un œuf et du bouillon. Pas de température.

4 mars. — Même état, délire continue.

5 mars. — Même état. Délire doux. Pupilles punctiformes. Urines, 1,500 grammes. Pas d'albumine.

6 mars. — Sommeil bon. Cette nuit, le délire n'a pas complètement disparu.

7 mars. — Malade a sa complète connaissance. Amélioration. Convalescence.

9 mars. — Guérison.

OBSERVATION XVIII.

Erysipèle de toute la tête. -- Délire. — Guérison (M. ROGER).

Chardon... (Jean) trente-deux ans, infirmier. Est entré le 6 mars 1894, salle Saint-Antoine, n° 12, Hôtel-Dieu annexe. C'est le cinquième érysipèle. Début le 4 mars à la région parotidienne droite; gagne toute la face.

6 mars. — A l'entrée du malade dans le service, l'érysipèle est en voie de régression. Malgré cette amélioration locale les phénomènes généraux sont très marqués : nausées, vomissements, diarrhée, frissons. Température, 39°, 2. Poumons : rien. Cœur : rien. Albumine.

7 mars. — Les paupières, ce matin, sont plus gonflées, le malade est abattu. Température, 38°, 9.

8 mars. — Délire cette nuit. Partie latérale gauche du cou, rouge, douloureuse, gonflée. Température, 38 degrés.

9 mars. — Délire persiste ce matin. Etat général et local stationnaire. Température, 39 degrés. Pas d'albumine.

10 mars. — Langue très sèche. Délire violent pendant la première partie de la nuit. On constate, ce matin, que le cuir chevelu est pris en arrière. Le gonflement du visage a diminué notablement. Température, 38°, 9. Pas d'albumine.

11 mars. — Diminution considérable de l'exanthème ; chémosis double, persistance de l'érysipèle à la nuque. Délire calme. Température, 37°,8.

12 mars. — L'oreille gauche seule reste prise, les autres parties envahies sont seulement un peu œdématiées, non douloureuses. Température, 38°,2. Pas d'albumine.

13 mars. — L'exanthème a disparu, le malade a sa complète connaissance ; un peu de conjonctivite double. Température, 37°,8.

14 mars. — Le malade est presque guéri, seul un peu d'œdème persiste sur les régions occupées par l'érysipèle. Le malade a voulu partir.

OBSERVATION XIX.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. ROGER).

Truch... André dit Bagnès, quarante et un ans. Egoutier, entre le 18 mars 1894, salle Saint-Bernard, n° 7, Hôtel-Dieu annexe.

Le 16 mars, traumatisme sur la tête, plaie ; érysipèle débute le soir même au niveau de la plaie.

18 mars. — Il arrive dans le service, dans le délire le plus complet. — Cuir chevelu œdématié, douloureux. Extension de l'érysipèle au front. Poumon : rien. Cœur : rien. Pas d'albumine. Tube digestif : langue blanche, constipation. Température, 38 degrés.

19 mars. — Délire continue, diminution de l'exanthème. Température, 37°,9.

20 mars. — Le malade va mieux. Délire a disparu. Pas d'albumine.

21 mars. — Un peu d'œdème du cuir chevelu. Amélioration rapide. Mais quoique le délire ait disparu, le malade est toujours très excitable.

2 avril. — Malade sort guéri, mais toujours très nerveux, bien plus irritable qu'avant son érysipèle.

OBSERVATION XX.

Érysipèle de la face. — Délire violent. — Guérison (M. Roger).

Cot... (Jules), trente-huit ans, cocher, entre salle Saint-Bernard, n° 6, le 10 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. Fièvre typhoïde à quinze ans. Éthylisme prononcé. Aucune autre maladie.

9 avril. — Le matin en se levant le malade remarque son visage gonflé, rouge, douloureux; céphalalgie. Pas de frisson. Pas de fièvre.

10 avril. — Il entre dans le service. Figure gonflée, paupières gauches très œdématiées, empêchent la vue. Les deux oreilles sont envahies, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Poumons: rien. Cœur: rien. Tube digestif: Anorexie, constipation. Pas d'albumine. Température, 39°,9

11 avril. — Délire depuis hier soir, bruyant, violent; état local stationnaire. Température, 38°,9.

12 avril. — Délire professionnel, très violent; le malade veut se lever. Pas d'albumine. Température, 38°,4.

13 avril. — Le délire continue, mais moins violent. État local amélioré. Température, 36°,8.

14 avril. — La nuit a été tranquille, le délire a disparu. L'exanthème a diminué considérablement, il ne reste qu'un peu d'œdème douloureux. Température, 37°,8. Pas d'albumine.

15 avril. — Il n'y a plus de délire, malgré cela le malade a des moments d'inconscience. Ce matin, il a uriné au milieu de la salle se croyant aux cabinets, il a des *illusions*. Température, 37 degrés. Pas d'albumine. Appétit revenu.

16 avril. — Érysipèle a disparu. Convalescence.

20 avril. — Guérison. Sortie.

OBSERVATION XXI.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Br... (Lucie), trente ans, couturière, entre salle Saint-Landry, n° 20, le 24 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. La mère de la malade a eu plusieurs érysipèles. De treize à dix-neuf ans, la malade a

eu vingt érysipèles. Premières règles à dix-neuf ans. Une couche à vingt ans, à la suite, phlébite double des deux mollets, durée deux mois.

18 avril. — Frissons. Fièvre. Courbature. Gonflement au niveau de la paupière inférieure droite.

24 avril. — A son entrée, la malade a une plaque érysipélateuse qui s'étend sur les deux joues, le nez et les paupières droites. Le cuir chevelu est également envahi. Poumons: rien. Cœur: rien. Tube digestif: langue blanche, anorexie, constipation. Beaucoup d'albumine, 1 gr. 50. Température, 40°, 1.

25 avril. — Délire depuis cette nuit. L'exanthème diminue un peu. Toujours beaucoup d'albumine. Température, 38 degrés.

26 avril. — Délire continue. Amélioration notable de l'érysipèle. Température, 38 degrés. Albumine, 1 gramme.

27 avril. — L'érysipèle a presque complètement disparu. Un peu d'œdème au niveau de la face droite. Le délire n'existe plus. Température, 36°, 2. Albumine, 25 centigrammes.

28 avril. — Les parties envahies par l'érysipèle desquament. Plus d'œdème. Plus de douleurs. Plus d'albumine. Température, 36°, 4.

3 mai. — Convalescence. Pas d'albumine.

11 mai. — Sort guérie.

OBSERVATION XXII.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Darrit... (Sauveur), soixante-douze ans, mécanicien, entre le 11 mai 1894, salle Saint-Bernard, n° 13, Hôtel-Dieu annexe. — En 1867, premier érysipèle de la face. Jamais aucune autre maladie. Ethylisme prononcé.

3 mai. — Érysipèle débute au niveau de l'aile du nez à droite envahit la joue, et l'oreille droites; puis toute la figure se prend, frissons, nausées.

11 mai. — On constate à l'entrée du malade un engorgement des ganglions sous-maxillaires très prononcé. L'exanthème occupe tout le visage et le cuir chevelu. Température, 37 degrés. Poumons: quelques râles fins aux deux bases. Cœur: rien. Pas d'albumine.

- 12 mai. — Etat stationnaire. Température, 38 degrés
13 mai. — Délire depuis cette nuit. Diminution notable de l'érysipèle. Température, 38 degrés. Pas d'albumine.
14 mai. — Exanthème a disparu. Plus de délire. Température, 36°,4.
15 mai. — Convalescence.
20 mai. — Sortie. Guérison.

OBSERVATION XXIII.

Érysipèle de la face. — Délire. — Diarrhée. — Crampes. — Mort
(M. Roger).

Duba... (Félicie), vingt-cinq ans, blanchisseuse, entre salle Saint-Landry, n° 39, le 2 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. Père et deux frères morts tuberculeux. La malade a eu de nombreuses hémoptysies. Pas d'érysipèle antérieur. Début 1^{er} avril, frissons, nausées, vomissements céphalalgie. La tuméfaction érysipélateuse a commencé par le menton et la lèvre inférieure.

2 avril. — A son entrée dans le service, la malade présente une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires très prononcée. Les joues, les oreilles sont envahies par l'exanthème, le cuir chevelu est également pris. Phlyctènes sur le nez, le front et au niveau de la commissure gauche des lèvres. Poumons : respiration soufflante aux deux sommets, avec quelques petits râles fins à l'inspiration. Cœur : rien. Tube digestif : langue blanche, anorexie. Pas d'albumine. Température, 40 degrés.

3 mai. — Amélioration sensible de l'état local. Délire cette nuit. Température, 38°,4.

4 mai. — La face desquame, reste toujours un peu œdématiée, subdélire continu. Pas d'albumine. Température, 41°,1.

5 mai. — Œdème a disparu, la face continue à desquamier, le délire n'existe plus. Température, 39°,2.

6 mai. — Amélioration considérable. Température, 39°,2.

8 mai. — Convalescence.

25 mai. — La malade allait très bien, elle était complètement guérie de son érysipèle, on la soignait dans le service pour ses lésions tuberculeuses, quand le 25 mai à 7 heures du matin elle fut prise de vomissements, de diarrhée jaune, elle se refroidit.

progressivement, et mourut en pleine connaissance à 10 heures du soir après avoir eu des crampes excessivement douloureuses dans les membres. Il a été impossible de faire l'autopsie.

OBSERVATION XXIV.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Beauv... (Valentine), vingt ans, relieuse, entre salle Saint-Landry, le 1^{er} juin 1894, Hôtel-Dieu annexe. Aucune maladie antérieure.

31 mai. — Début de l'érysipèle le 31 mai. Céphalalgie, nausées, vomissements. La rougeur a commencé par le nez, s'est étendue aux deux joues, au front, où un bourrelet très net existe. Le menton est indemne. Des phlyctènes existent sur les joues et sur les ailes du nez. Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : langue saburrale. Pas d'albumine. Température, 39°,4.

2 juin. — Cuir chevelu envahi au niveau du front. Menton est pris. Température, 39°,6.

4 juin. — Délire toute la nuit, ce matin subdélire. Exanthème stationnaire.

5 juin. — Amélioration locale. Pas d'albumine. Température, 39 degrés.

6 juin. — Érysipèle a disparu, n'a laissé qu'un peu d'œdème non douloureux. Desquamation de la face. Température, 39 degrés.

7 juin. — Desquamation de la face. Température, 37°,2.

20 juin. — Sort guérie.

OBSERVATION XXV.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Bruno... (Auguste), cinquante ans, journalier, entre le 14 mai 1894, salle Saint-Bernard, n° 15, Hôtel-Dieu annexe. Premier érysipèle en 1891, avec délire, fièvre intense. Durée, 18 jours. L'érysipèle actuel a débuté le 12 mai, par frissons, fièvre, et rougeur aux ailes du nez.

14 mai. — Lorsque nous examinons le malade, l'érysipèle

s'est étendu à toute la figure, le menton est seul respecté. Les oreilles sont rouges, douloureuses. Poumons : rien. Cœur : rien. Pas d'albumine. Température, 38 degrés.

15 mai. — Délire pendant la nuit. Même état local. Température, 39°.6.

16 mai. — Plus de délire. Œdème du visage aussi marqué. Température, 39 degrés.

17 mai. — Amélioration sensible de l'état général et local. Pas d'albumine. Température, 37°,6.

18 mai. — Hier soir poussée sur les deux oreilles qui sont très gonflées, très rouges et excessivement douloureuses. Délire toute la nuit. Température, 40°,4. Pas d'albumine

19 mai. — Délire tranquille. Œdème diminué, moins douloureux. Température, 38°.

20 mai. — Plus de délire. Peau du visage et des oreilles desquame. Pas d'albumine. Température, 39°,9.

21 mai. — Un peu de rougeur sur les parties envahies. Amélioration très grande de l'état général. Température, 37°. Pas d'albumine.

1^{er} juin. — Départ, guéri.

OBSERVATION XXVI.

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Honi... (Albert), trente-huit ans, fleuriste, entre salle Saint-Bernard le 18 mai 1894, n° 5, Hôtel-Dieu annexe. — Pas d'antécédents morbides. Pas d'éthylisme. Dans la nuit du 13 au 14 mai, douleur à la région sus-hyoïdienne. Le lendemain 14 mai, gonflement de la région et œdème douloureux du nez. Successivement les deux joues se prennent; pas de réaction générale.

18 mai. — Lorsque nous voyons le malade, l'érysipèle a envahi tout le visage, les deux oreilles, plus la région sus-hyoïdienne. Au front l'érythème est limité par un bourrelet saillant. Adénite sous-maxillaire bilatérale. Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : anorexie, constipation. Pas d'albumine. Température, 38°,9.

19 mai. — Délire violent pendant la nuit. Diminution de l'érythème. Température, 38°,6. Pas d'albumine.

20 mai. — Malgré l'amélioration que l'on constate, le malade a du délire toute la nuit et ce matin. Aucune autre complication. Température, $39^{\circ},4$. Pas d'albumine.

21 mai. — Délire continue. Adénite disparue. Peau du visage desquame. Température, $38^{\circ},2$.

22 mai. — Délire a disparu. Amélioration notable. Température, $37^{\circ},8$.

5 juin. — Guérison, sortie.

OBSERVATION XXVII.

Erysipèle de la face. — Délire. — Adéno-phlegmon sous-maxillaire. — Guérison (M. Roger).

Verg... (Pierre), 42 ans, déménageur, entre salle Saint-Bernard, n° 6, le 6 mai 1894, Hôtel-Dieu annexe. Premier érysipèle en avril 1894. L'érysipèle actuel a débuté le 18 mai, par des frissons, de la céphalalgie. D'emblée toute la face est envahie.

19 mai. — A son entrée dans le service, le malade accuse une douleur intense au niveau de la région sous-maxillaire, où nous constatons un engorgement très prononcé. L'érysipèle a envahi le front, les paupières et empiète sur le cuir chevelu. Angines. Piliers antérieurs rouges, gonflés. Luette œdématisée. Exsudat muqueux sur ces parties. Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : anorexie, langue blanche. Pas d'albumine. Température, 40 degrés.

20 mai. — Délire a débuté cette nuit. Même état général et local. Température, $39^{\circ},8$.

21 mai. — L'érythème a diminué légèrement sur les joues. Les paupières restent gonflées. Le cuir chevelu, au niveau de la région temporale, est douloureux et œdématisé. Délire. Température $40^{\circ},1$. Pas d'albumine.

22 mai. — Délire continue. Diminution de l'œdème. Température, $39^{\circ},8$. Pas d'albumine.

23 mai. — Délire continue, tranquille, mais continuel. Etat stationnaire. Température, 40 degrés. Pas d'albumine.

24 mai. — Le délire a diminué. Toujours un peu d'œdème douloureux sur les parties envahies. Température, $38^{\circ},6$. Pas d'albumine.

25 mai. — Délire a disparu. Un peu de rougeur existe sur le visage. Douleur au niveau de la région sous-maxillaire. Un peu d'œdème de cette région. Température, 36°, 7.

26 mai. — Douleur sous-maxillaire.

27 mai. — Ouverture d'un adéno-phlegmon de cette région. Les cultures ont donné du streptocoque pur.

28 mai. — De petits abcès multiples se développent autour du premier. Les cultures donnent toujours du streptocoque pur.

17 juin. — Après de nombreux abcès le malade sort guéri.

OBSERVATION XXVIII.

Érysipèle de la face. — Délire. — Guérison (M. Roger).

Reca... (Pierre), trente-sept ans, laveur de voitures, entre salle Saint-Bernard, n° 36, le 9 juin 1894, Hôtel-Dieu annexe. — Aucun antécédent morbide, mais éthylisme très prononcé.

Le 8 juin. — Frissons, céphalée, vomissements, épistaxis. La rougeur érysipélateuse débute au niveau de l'angle du maxillaire gauche, envahissement successif des deux joues et des paupières.

9 juin. — Poumons : rien. Cœur : rien. Tube digestif : langue saburrale, anorexie. Pas d'albumine. Température, 40 degrés.

10 juin. — Les oreilles sont envahies. Délire pendant la nuit. Température, 40°, 2. Pas d'albumine.

11 juin. — Amélioration légère de l'état local. Délire toute la nuit. Température, 39 degrés. Pas d'albumine.

12 juin. — Etat stationnaire, délire a disparu. Température, 40°, 1.

13 juin. — Amélioration sensible. Température, 39 degrés.

14 juin. — Un peu d'œdème et de rougeur sur la face. Température, 37°, 8.

15 juin. — Visage desquame. Erysipèle a totalement disparu. Température, 37°, 2. Pas d'albumine. Convalescence.

21 juin. — Sortie. Guérison.

OBSERVATION XXIX.

Érysipèle de la face. — Extension au cuir chevelu. — Absence de phénomènes cérébraux. — Des vésicatoires sur les pommettes arrêtent la maladie au moment où elle atteint les paupières (Piorry).

Homme chez lequel s'était déclaré un érysipèle de la face, une saignée générale et l'application de sangsues au-dessous des mâchoires, des lavements purgatifs, n'empêchent point la maladie de s'étendre vers le cuir chevelu. Aucun symptôme du côté du cerveau ne se déclara, et les paupières commençaient à être atteintes par l'inflammation de la peau quand deux vésicatoires, appliqués sur la face suivant la méthode employée par M. le professeur Dupuytren, déterminèrent une amélioration subite et la guérison. Le malade sortit promptement de l'hôpital.

OBSERVATION XXX.

Érysipèle de la face, du cuir chevelu, pas de phénomènes cérébraux. Guérison (Piorry).

Heubraner, âgée de soixante et onze ans, entrée à l'infirmierie, le 16 janvier 1833, avait été prise quelques jours auparavant de lassitude, d'inappétence, de frisson. La veille de son entrée, elle avait éprouvé, à la face, une vive ardeur, une tension extrêmement douloureuse, et quand on la vit, elle présentait un érysipèle qui, au rapport de la malade, avait débuté par le cuir chevelu et qui alors s'étendait au front et aux pommettes; les paupières étaient intactes, les facultés mentales, malgré l'intensité des douleurs produites par l'érysipèle, n'étaient nullement altérées. Absence de coma, de délire, d'assoupissement ou de stupeur.

Prescription. — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; vésicatoires au centre de chaque joue.

18 janvier. — L'érysipèle du cuir chevelu a disparu; la face seule est prise, mais la coloration est moins foncée, les douleurs sont d'ailleurs plus tolérables.

Le 19 janvier. — Les vésicatoires suppurent, la résolution de

l'érysipèle est complète. L'épiderme des parties sur lesquelles il s'étendait se détache par écailles.

Le 22 janvier, cette femme est entièrement guérie, elle passe dans les salles des convalescents.

MÉNINGITE

La méningite rentre indirectement dans notre sujet, nous n'en dirons que quelques mots.

Le délire peut simuler une méningite, mais si l'on analyse exactement les autres symptômes concomitants, le diagnostic sera assez facile.

Il est rare que la méningite ne donne lieu qu'au délire.

Les observations de méningite au cours de l'érysipèle sont très nombreuses, nous ne donnons que les faits publiés par M. Roger.

Dans la première observation nous voyons que le malade D... présente de la raideur de la nuque, et des douleurs violentes si l'on fléchit la colonne cervicale. Le coma est profond.

Dans la seconde observation P... Marie a de l'hyperesthésie cutanée généralisée que nous n'avons jamais observée dans les autres cas.

Dans le troisième cas, après la guérison complète de l'érysipèle, G... Marie a toujours une température élevée, et un pouls rapide, 132 pulsations à la minute, ce qui a fait porter un pronostic sombre.

Comme on peut le constater dans ces trois faits, il y avait des signes que l'on ne rencontre que dans la méningite.

L'autopsie de ces trois malades a été faite. Les cultures des méninges et du liquide céphalo-rachidien ont constamment donné de nombreuses colonies de pneumocoque soit pur soit mélangé à des colonies de streptocoque ou de staphylocoque blanc ou doré.

Nous voyons donc au cours de l'érysipèle une méningite dont la cause n'est pas la même que celle de l'affection première.

L'explication de ce fait exceptionnel nous paraît pouvoir se donner de deux manières. Depuis les travaux de M. Roger sur les associations microbiennes, on sait que la présence d'un microbe peut exalter la virulence d'un autre microbe jusque-là inoffensif.

Le pneumocoque vivant à l'état normal dans notre trachée, dans notre poumon, peut avoir eu sa virulence exaltée par la présence du streptocoque, ce qui expliquerait la pneumonie, la méningite.

D'autre part, l'érysipèle a pu affaiblir à un haut degré la résistance de l'organisme et le rendre plus vulnérable. Le pneumocoque trouvant alors un terrain favorable pour sa pullulation acquiert une virulence extrême et produit les désordres que nous avons signalés.

Nous avons cru devoir relater ces trois cas de méningite les seuls qu'il y ait eu dans le service, pendant quinze mois, afin de montrer que ces méningites étaient d'origine pneumococcique. Toutes les trois ont été causées par le pneumocoque. Est-ce une coïncidence ? ou bien est-ce la règle la plus fréquente ? Les travaux ultérieurs pourront trancher la question.

Méningite à streptocoque pur : observ. XXXV.

OBSERVATION XXXI.

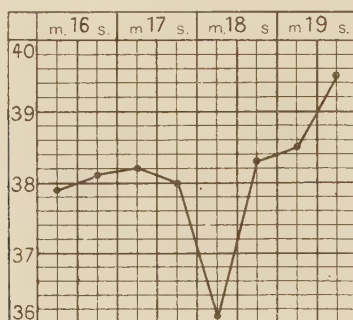
Erysipèle de la face. — Méningite pneumococcique. — Mort au quatrième jour (M. ROGER).

D... (Léon), âgé de soixante-cinq ans, menuisier, entré salle Saint-Antoine, lit n° 3, le 10 janvier 1894. Le malade qui a déjà eu deux érysipèles, s'est aperçu, le 3 janvier, que son nez était

enflé, rouge et douloureux; l'inflammation a gagné peu à peu le reste de la face, sans s'accompagner de phénomènes généraux. A l'entrée à l'hôpital, on constate un érysipèle léger, quelques phlyctènes sur la joue et de petits abcès à la partie inférieure du nez. Pas de fièvre. Pas d'albuminurie.

Le 16 janvier, l'érysipèle, qui semblait s'améliorer a augmenté de nouveau. Les urines contiennent des traces d'albumine. — On constate en même temps un peu de raideur dans la nuque : les mouvements qu'on veut imprimer à la tête déterminent de vives douleurs.

Le 17 janvier, le malade est dans le coma. La nuque est raide.



Les membres inférieurs sont maintenus dans un état de rigidité spasmodique; il est très difficile de leur imprimer des mouvements, impossible de rechercher l'état des réflexes. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Pas de vomissements. Pouls fort et régulier. Râles de bronchite. Cet ensemble symptomatique fit diagnostiquer une méningite et ces manifestations coïncident avec une nouvelle poussée d'érysipèle; on supposa qu'il s'agissait d'une propagation du streptocoque vers les enveloppes cérébrales.

Le 18 et le 19 janvier, l'état du malade ne présente aucune modification.

Le 19 janvier, au soir, l'auscultation releva un léger souffle à la base droite.

Le malade succomba sans autre agonie le 20 janvier à 6 heures du matin.

Autopsie. — Poumon gauche, adhérences anciennes, congestion de la base; toutes les parties sont aérées et surnagent. — Poumon droit: splénisation à la base; de petits fragments plongés dans l'eau tombent au fond du liquide. Quelques adhérences au sommet; quelques tubercules cicatrisés. Reins et foie congestionnés. Rate normale. — Cœur sain. — Encéphale: exsudat opalescent sur toutes les méninges cérébrales s'étendant à la base, mais prédominant sur la face convexe. Au niveau de la deuxième circonvolution frontale du côté droit, on trouve une plaque fibrineuse. Les vaisseaux des scissures sylviennes sont entourés d'exsudats épais, jaunâtres. — Le cerveau est sain. Le bulbe, le cervelet, la moelle sont intacts; leurs enveloppes sont envahies.

Examen bactériologique. — Donna les résultats suivants: sang du cœur droit: culture de pneumocoque et de streptocoque, quelques colonies de staphylocoque doré. Poumon droit: méninges et liquide céphalo-rachidien, nombreuses colonies de pneumocoques; quelques colonies de staphylocoque doré et de streptocoque.

OBSERVATION XXXII.

Erysipèle de la face. — Délire violent. — Méningite à pneumocoque
(M. ROGER).

P... (Marie), journalière, entrée salle Saint-Landry, lit n° 39, le 17 janvier 1894. — Antécédents: un érysipèle antérieur, plus fort que celui-ci. Fausse couche il y a trois semaines.

Début le 14 janvier par frissons, nausées, épistaxis.

Le 16 janvier, l'érysipèle apparaît au niveau de l'œil droit.

Le 18 janvier, toute la face est envahie. Les phénomènes locaux sont peu intenses; les phénomènes généraux paraissent plus graves, la température oscille autour de 40 degrés: il y a du subdélire, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, de l'hyperesthésie cutanée.

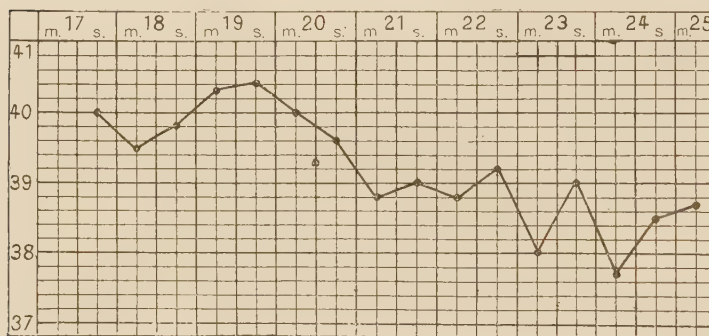
Le 23 janvier, l'érysipèle a envahi le dos; l'état général est le même, cependant la température s'abaisse et oscille entre 38 et 39 degrés.

Le 24 janvier, l'érysipèle s'est encore étendu dans la région dorsale. Le délire est moins marqué, l'hyperesthésie diminue,

l'incontinence des matières est remplacée par de la constipation.

Le 25 janvier, la malade est dans le coma et succombe à onze heures du matin.

Autopsie. — Poumon droit : splénisation de la base ; de petits morceaux de parenchyme tombent au fond de l'eau. Foie volumineux : 2,400 grammes. Reins congestionnés et pesant chacun 220 grammes. Rate normale. — Méninges cérébrales : vaisseaux congestionnés surtout au niveau du lobe frontal gauche. — Exsudats fibrineux le long des vaisseaux de la convexité, notamment à la partie moyenne et postérieure du lobe gauche.



Examen bactériologique. — Les cultures pratiquées avec le sang et les exsudats méningés donnent d'innombrables colonies de pneumocoque et quelques rares colonies de streptocoque. Les cultures du poumon sont constituées par des colonies de pneumocoque mélangées à quelques colonies de streptocoque et de staphylocoque blanc.

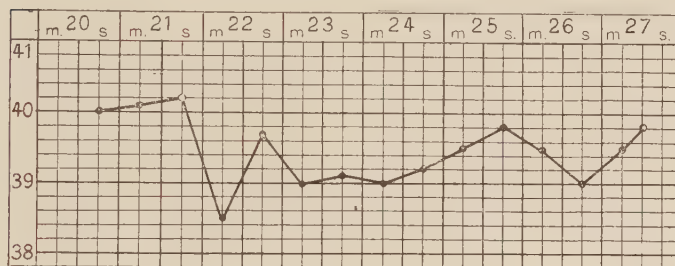
OBSERVATION XXXIII.

Erysipèle de la face. — Violent délire, puis amélioration. — Connaissance parfaite au moment de la mort. — Méningite à pneumocoques (M. ROGER).

G... (Marie), âgée de vingt-cinq ans, domestique, entrée salle Saint-Landry, lit n° 25, le 20 janvier 1894. — Erysipèle de la face.

ayant débuté le 17 janvier après trois jours de malaise, de frissons et d'état gastrique. Le jour de l'entrée, on constate que toute la face est envahie. A partir du 22, la malade est prise d'un violent délire augmentant le soir et la nuit. Elle voit constamment un homme qui la poursuit et veut se lever pour se sauver. Cet état se prolonge jusqu'au 26; puis la malade reprend sa connaissance.

Le 27 janvier, l'érysipèle a presque complètement disparu; il ne subsiste plus qu'un peu de rougeur et une desquamation abondante. Malgré cette amélioration, le pronostic reste sombre car la fièvre persiste; le pouls est à 132; la langue est rôtie; les



urines renferment une grande quantité d'albumine. L'auscultation du poudon ne relève que quelques râles de bronchite. — Le soir, les phénomènes s'aggravent; à partir de quatre heures, la malade asphyxie; les extrémités sont froides, la face est cyanosée, les lèvres et la langue sont tremblotantes. Elle succombe, dans cet état, à onze heures du soir, conservant jusqu'au bout sa connaissance.

Autopsie. — Poumons fortement congestionnés, splénisation de la base droite; des fragments pris à ce niveau, tombent au fond de l'eau. — Cœur sain. — Rate molle et diffuente: 195 grammes. — Foie congestionné: 1,400 grammes. — Reins congestionnés: 160 grammes chacun. — Mëninges cérébrales: exsudats fibrineux disséminés sur la convexité et surtout abondants autour des vaisseaux. — Cerveau sain.

Examen bactériologique. — Le sang et les exsudats méningés donnent des cultures pures de pneumocoque. — Le poumon

donne des colonies de pneumocoque et quelques rares colonies de staphylocoque blanc.

TROUBLES DES SPHINCTERS

Les troubles des sphincters dans les maladies aiguës sont fréquents, nous n'insisterons pas longuement sur ces troubles dans l'érysipèle.

L'incontinence d'urine a été signalée depuis longtemps. Si nous avons voulu revenir sur cette complication, c'est pour faire remarquer quelques détails. Sur cinq observations où des troubles se sont manifestés du côté des sphincters, nous trouvons 4 femmes, 1 homme. Sur ces 4 femmes 3 ont présenté de l'incontinence d'urine, une de la rétention.

Chez 2 de ces malades les matières fécales ne pouvaient être retenues. Ces accidents ont eu une durée minima de deux jours, une durée maxima de dix jours.

L'époque de leur apparition n'est pas régulière, tantôt ils surviennent au début, à la période d'état, ou à la convalescence.

Le nombre de nos observations n'est pas suffisant pour en tirer une conclusion rigoureuse.

OBSERVATION XXXIV.

Érysipèle de la face. — Délire. — Syncope. — Incontinence d'urine. Guérison (personnelle).

Lecom... (Pauline), dix-huit ans, domestique, entre salle Saint-Landry, n° 8, le 25 janvier 1894, Hôtel-Dieu annexe. Pas d'antécédents morbides.

22 janvier. — Fièvre. Céphalalgie. Frissons. Nausées. Début d'érysipèle sur la joue gauche, gagne successivement le côté droit. Le menton est respecté, le cuir chevelu et les oreilles sont indemnes.

25 janvier. — A son entrée à l'hôpital, même état local. Aucune complication.

30 janvier. — L'érysipèle est complètement guéri. La malade se lève, au bout de quelques instants, elle est prise d'une syncope qui dure 20 minutes.

1^{er} février. — Quoique l'érysipèle soit guéri et qu'aucun symptôme ne soit constaté, la malade a du délire.

2 février. — Même état. Température, 40°,8. Malgré un examen attentif, on ne peut rien découvrir qui puisse expliquer cette hyperthermie et le délire.

3 février. — Petite plaque érysipélateuse au niveau de l'oreille gauche. Température, 37 degrés. Urine : pas d'albumine, pas de sucre.

4 février. — Amélioration locale. Plus de délire. Incontinence d'urine.

5 février. — Même état. Incontinence d'urine.

6 février. — Guérison de la seconde poussée érysipélateuse. Incontinence d'urine.

7 février. — Guérison complète. L'incontinence d'urine persiste.

8 février. — La malade peut garder ses urines.

12 février. — Sortie. Guérison.

OBSERVATION XXXV.

Érysipèle de la face. — Délire. — Gâtisme. — Mort (personnelle).

Ne... (Élisa), cinquante-six ans, journalière, entre salle Saint-Landry, n° 41, le 19 janvier 1894, Hôtel-Dieu annexe. Aucun antécédent morbide.

7 janvier. — D'emblée le matin, l'érysipèle envahit l'oreille gauche, les joues, le nez, les paupières, le menton est respecté. Simultanément, céphalalgie, nausées, douleurs articulaires dans les genoux et les épaules.

9 janvier. — La malade se soigne, chez elle, ne consulte aucun médecin.

16 janvier. — Délire. Surexcitation extrême. Carphologie.

19 janvier. — La malade entre dans le service où l'on constate un érysipèle envahissant toute la face, le cuir chevelu est

indemne. Délire violent. Poumons : râles nombreux des deux côtés, respiration de Scheyne-Stokes. Cœur : battements sourds, réguliers. Tube digestif : incontinence des matières depuis deux jours. On sonde la malade pour avoir de l'urine qui contient 2 grammes d'albumine. Température, 38°, 2.

20 janvier. — Etat local stationnaire. Pas d'inégalité pupillaire. Hyperesthésie généralisée. Coma. Température, 37 degrés

21 janvier. — Mort dans le coma.

Autopsie. — Poumons : Congestionnés. Cœur : rien. Foie : 1,600 grammes. Rate : normale. Utérus : fibromes multiples calcifiés.

ENCÉPHALE. — Cerveau : collection séro-purulente sur toute la partie corticale des deux hémisphères. A la base, quelques îlots purulents. Culture : streptocoque pur. Cervelet : rien. Rien à la coupe de ces organes.

Liquide céphalo-rachidien. Culture : streptocoque pur. Dans les deux rochers, collection purulente abondante ne donnant par la culture que du streptocoque pur.

OBSERVATION XXXVI.

Érysipèle de la face. — Délire. — Incontinence d'urine. — Guérison
(M. Roger).

Boul... (Jeanne), vingt-huit ans, couturière, entre salle Saint-Landry, n° 26, le 6 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. Pas d'antécédents morbides.

5 avril. — Début de l'érysipèle par les ailes du nez, puis le nez, les joues, le front sont successivement envahis.

6 avril. — A son entrée à l'Hôtel-Dieu, seuls le menton, le cuir chevelu et les oreilles étaient indemnes, tout le visage est gonflé, œdémateux, douloureux. Température, 39 degrés.

8 avril. — Nombreuses phlyctènes sur les joues et sur le front. Urine : pas d'albumine ; pas de sucre.

11 avril. — Deux bains. Délire assez violent pendant la nuit. Abattement considérable ce matin. Température, 39°, 8. Urine : pas d'albumine ; pas de sucre.

13 avril. — La nuque et le cuir chevelu sont envahis par l'érysipèle. Incontinence d'urine.

14 avril. — Frissons répétés. Subdélire. Incontinence d'urine. État local amélioré.

16 avril. — Nouvelle poussée dans le dos. Température, 38°,8. L'incontinence d'urine a disparu. Pas d'albumine dans les urines.

24 avril. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XXXVII.

Érysipèle de la face. — Délire. — Gâtisme. — Guérison
(M. Roger).

Bouch... (Charles), cinquante-cinq ans, employé, entre salle Saint-Bernard, le 21 mai 1894, Hôtel-Dieu annexe. Aucun antécédent morbide.

17 mai. — Céphalalgie. Nausées. Frissons.

18 mai. — Erysipèle de la face.

22 mai. — L'érysipèle s'étend sur toute la face qui est rouge, œdémateuse, les yeux sont fermés. Phlyctène sur le nez. Rien dans les poumons ni au cœur. Anorexie; le malade laisse échapper ses matières fécales et son urine, il ne s'en aperçoit pas. Température, 40 degrés.

23 mai. — Délire complet. Même état local.

24 mai. — Cuir chevelu et cou envahis par érysipèle. Délire. Gâtisme.

25 mai. — Même état. Température 38°,8.

27 mai. — Amélioration considérable. Le visage est moins œdémateux, moins rouge. Plus de délire. Le malade n'a plus d'incontinence de ses matières. Urine : pas d'albumine, pas de sucre.

29 mai. — Desquamation. Appétit revenu. Rien dans les urines.

10 juin. — Le malade se lève, un peu de faiblesse dans les jambes.

19 juin. — Sortie. Guérison complète.

OBSERVATION XXXVIII.

*Érysipèles multiples de la face, de la jambe. — Rétention d'urine. —
Ulcère variqueux guéri. — Guérison complète (M. Roger).*

Coqua... (Joséphine), trente-sept ans, repasseuse, entre salle Saint-Landry, n° 38, le 9 février 1894, Hôtel-Dieu annexe. Ulcère variqueux il y a huit ans. Récidive de cet ulcère depuis huit mois.

4 février. — Érysipèle de la face, débute d'emblée, sans prodromes.

9 février. — A son entrée dans le service, tout le visage est envahi, le menton seul est respecté. Température, 37°,8. Aucune autre complication.

10 février. — Hier soir, plaque érysipélateuse au niveau de l'avant-bras droit partie externe, et au niveau de l'ulcère variqueux sur la jambe droite. L'ulcère variqueux a 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur.

12 février. — La face desquame, phlyctènes sur l'avant-bras.

13 février. — La face est guérie. L'avant-bras est toujours un peu rouge et douloureux. L'aspect de l'ulcère variqueux est meilleur, quelques bourgeons charnus se montrent.

17 février. — Toute trace d'érysipèle a disparu à la face, à l'avant-bras, à la jambe. L'ulcère variqueux est en bonne voie de guérison.

13 mars. — La malade qui était toujours alitée à cause de son ulcère, est prise d'un frisson violent, puis une poussée érysipélateuse se fait au niveau de son ulcère variqueux.

17 mars. — L'érysipèle de la jambe est très étendu, il commence au genou et envahit toute la partie externe de la jambe jusqu'au cou-de-pied. Température, 38 degrés.

20 mars. — Rétention d'urine. On sonde la malade. Pas d'albumine.

22 mars. — L'érysipèle est en voie de guérison. La malade urine bien.

23 mars. — Nouvelle poussée érysipélateuse au niveau du genou droit, avec phlyctènes. Température, 40°,8.

27 mars. — Cette poussée érysipélateuse rétrocede très rapidement.

28 mars. — Toute trace d'érysipèle a disparu. État général bon.

2 avril. — Depuis hier, douleur au niveau de la partie latérale de la jambe droite, dans le tiers supérieur.

3 avril. — Ouverture d'un phlegmon, issue de 200 grammes de pus.

7 avril. — État local bon.

16 avril. — Nouvelle poussée érysipélateuse au niveau de la plaie occasionnée par le phlegmon.

20 avril. — Guérison rapide.

23 avril. — Nouvelle poussée d'érysipèle au niveau du pied droit

30 avril. — Guérison complète.

20 mai. — Départ, ulcère variqueux absolument guéri.

MOUVEMENTS CHORÉIFORMES

Les deux faits de mouvements choréiformes consécutifs à l'érysipèle, sont dus à Gubler.

Dans un cas, ces mouvements sont survenus à la période d'état ; dans l'autre cas, à la convalescence.

Le premier malade s'est amélioré, le second a guéri.

Gubler fait remarquer que ces oscillations de la tête observées chez son malade consistent, non pas en une succession de mouvements contraires soustraits à la volonté, mais bien en contractions et en relâchements alternatifs des muscles qui sont en jeu, soit pour exécuter le déplacement d'un membre, de la tête, ou la translation du corps entier, soit pour maintenir les parties dans leur attitude naturelle. De là résultent des oscillations plus ou moins étendues et de direction variée.

Le système moteur semble donc avoir perdu cette faculté de soutenir un mouvement, que Barthez nommait la *force de situation fixe*.

Les contractions musculaires, au lieu de se développer

graduellement, sans secousses, et d'une manière insensible, s'exécutent au contraire par saccades et comme par un courant interrompu avec des intervalles de repos.

Gubler propose de désigner cet état pathologique sous le nom d'*astasiè musculaire* ou d'*amyostasie*.

Il ne nous a pas été donné d'observer des faits semblables à ceux de Gubler, mais si l'on incrimine l'infection, on peut rattacher ces deux cas aux expériences de Triboulet.

En 1892, cet auteur, étudiant le sang de chiens atteints de la maladie connue sous le nom de *chorée du chien*, isola un microbe, le cultiva et l'injecta à des chiens jeunes et adultes.

Il obtint chez un de ces animaux des mouvements absolument analogues à ceux du chien qui avait fourni le microbe.

C'est la première affection choréiforme expérimentale qui a été faite.

Elle est apparue quatre mois après l'inoculation, alors que l'on croyait l'animal guéri.

Dans l'érysipèle, comme dans cette expérience de médecine expérimentale, l'infection seule doit être incriminée, tout en tenant compte du milieu où elle se développe.

OBSERVATION XXXIX.

Symptôme d'inflammation du pharynx et de la partie supérieure des voies aériennes; vomissements, puis délire, érysipèle de la face.—Disparition et récurrence de la phlegmasie, surdité, amblyopie, anesthésie, troubles divers de la sensibilité et des mouvements à peu près bornés à la moitié droite du corps; mouvements choréiformes singuliers. — Amélioration (Gubler).

V..., âgée de trente ans, domestique, entre à la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 9, dans le service de M. Bouillaud, le 15 octobre 1859. Vers l'âge de quinze à seize ans, névralgie à la tête qui dure trois mois, vision en rouge des deux yeux; l'œil

gauche se rétablit au bout d'un an ou deux, l'œil droit reste strabique et voit moins bien que l'autre. Fièvre typhoïde en 1856.

V... aurait, dit-elle, craché le sang à plusieurs reprises, et aurait eu, en dernier lieu, une fluxion de poitrine.

Le jour de son entrée, elle se plaint de douleurs dans la poitrine, le dos, l'estomac, la gorge, d'une impossibilité d'avaler; la voix est éteinte; il existe au sommet droit des râles secs et gros. Digestion mauvaise, constipation, vomissements; pouls à 60, peu de chaleur fébrile, intelligence parfaite. Julep diacodé, kermès, tisane de lichen, friction avec huile de croton, puis séton au cou.

Le 20 octobre, l'état général est moins bon, les jours suivants, la malade continue à vomir tout ce qu'elle prend, malgré l'administration de la glace et de deux purgatifs; la gorge reste douloureuse. Calomel, 1 gramme.

Le 22 octobre, fièvre; un peu de délire, pas de vomissements, le lendemain, mêmes symptômes; le nez jette un peu, respiration bonne. Vésicatoire au cou.

Le 24 octobre, le délire a cessé; un érysipèle de la face débute par le nez, pouls à 96 (douze sangsues derrière les oreilles, tartre stibié en lavage), on continue l'émétique pendant plusieurs jours; mieux général, l'érysipèle pâlit, la fièvre tombe, la langue se nettoie, la voix se dégage, et, le 28, le larynx est libre; au visage l'érysipèle s'éteint.

Le 30 octobre, céphalalgie, pouls à 84 le lendemain, récurrence de l'érysipèle facial. Diète : douze sangsues; tartre stibié, puis vésicatoires aux jambes.

Le 6 novembre, mieux. Une portion; cependant il reste de la douleur à la nuque et dans la gorge; un peu de fièvre. Le 17, encore de l'enrouement, étourdissements, surdité à droite; le tic-tac d'une montre n'est perçu que quand l'instrument est appliqué sur le pavillon de l'oreille. Brouillard plus épais que par le passé sur l'œil droit, œil gauche un peu trouble; picotements et faiblesse surtout à la main droite; ses jambes tremblent, la droite est comme nouée, sensation de coton sous les pieds. La malade quitte l'hôpital.

Elle y rentre le 23 novembre 1859. Dès le 18 novembre; les douleurs s'étaient beaucoup accrues, surtout à la jambe droite, le 20 novembre, la malade n'avait pu se lever. La jambe droite

saute dès que le pied pose à terre et rend à chaque fois une chute imminente. Pour descendre d'un trottoir, V..., soutient sa jambe avec la main, quand on la fait marcher, on la voit prise des plus singuliers mouvements choréiformes de tout le corps accompagnés de douleurs. Au lit, les mouvements cessent, mais certaines douleurs persistent, crampes fréquentes de la main droite, rarement de la gauche. Analgésie des deux membres droits et de la moitié correspondante de la face; rien de pareil à gauche, impossibilité de lire avec l'œil droit qui voit des étincelles rouges, surdité presque absolue à droite, intelligence saine, parole nette, nutrition et défécation régulières.

Le 25 novembre, aux symptômes précédents s'ajoute une otalgie droite d'une violence intolérable. Les mouvements choréiformes douloureux persistent, même la malade étant couchée; douleurs vives dans l'épaule droite et dans la mâchoire; pas de sucre dans l'urine qui précipite des sels par la chaleur et s'éclaircit par une goutte d'acide (urine alcaline).

Le 8 novembre. Vomissements hier; la malade vomit toujours facilement. La jambe ne danse plus au lit; douleurs dans les membres abdominaux; élancements, picotements dans les membres droits. Amaurose persistante à droite, analgésie du côté droit, langue et voile du palais compris. Déglutition du liquide, facile. Etat stationnaire, puis légère amélioration de quelques symptômes les jours suivants.

Le 30 novembre, elle a toujours des élancements dans la jambe droite quand elle marche, mais elle sautille moins; assise, les bras et les jambes cessent de trembler, la tête seule reste en mouvement.

Le 14 décembre, pas de fièvre; les troubles de l'innervation, énumérés ci-dessus persistent, l'œil droit voit moins mal, l'analgésie, toujours bornée au côté droit, est moindre à la face que sur le reste du corps; elle consiste en une sensibilité à la pression plus vive de ce côté que de l'autre, tant au niveau des jointures que sur les points d'émergence des nerfs. La pression exercée au niveau des nerfs de la face, des interscostaux et des lombaires droits, est beaucoup plus douloureuse qu'à gauche; elle est insupportable.

V... ne peut plier la jambe droite, elle serre moins bien de la main gauche que de l'autre.

Depuis le 14 décembre 1859, la maladie de la femme V... a parcouru de nombreuses phases, le 10 janvier elle a successivement plusieurs attaques de nerfs avec perte complète de connaissance qui laissent à leur suite l'impossibilité d'articuler aucune parole. Les aliments et les boissons sont constamment rejetés par les vomissements.

Le 5 février au soir, M. Duroziez assiste à une crise dont voici les principaux caractères : perte complète de connaissance, tuméfaction et injection de la tête; suspension de la respiration; la langue, tirée en arrière et collée contre le pharynx menace d'étouffer la malade; contracture tétanique des masséters et de tous les muscles du corps, qui peut être soulevé d'une pièce par les talons; pas de convulsions cloniques. Des brûlures pratiquées sur la région précordiale donnèrent la respiration. Plusieurs accès semblables se reproduisirent, mais de plus en plus faibles; l'ensemble dure au moins une heure, après quoi les membres droits restent contracturés et la parole impossible.

Le 2 mars, la parole est bien revenue; les règles ont reparu, pour la première fois depuis trois mois.

Le 10 mars, les extenseurs du membre inférieur droit, restent toujours violemment contractés. On essaye le chloroforme, qui permet d'amener les flexions; mais il survient une petite attaque suivie du retour de l'immobilité tétanique.

Le 20 mars on constate l'anesthésie et l'analgésie de toute la moitié gauche du corps, la tête, tronc et membres. Du côté droit, même état des sens que par le passé; mais le bras droit est dégagé et quoique la malade se serve plus volontiers de la main gauche, elle peut coudre de la main droite. Jambe droite toujours raide; parole encore embarrassée, picotements et douleurs à la pression sous le sterno-mastoidien droit; congestion de la muqueuse pharyngienne. Depuis lors on remarque que le caractère doux de la femme V... devient difficile et brutal, plus tard elle se livre même à des violences qui forcent à la renvoyer. Pas d'autres signes d'aliénation mentale, pas de nouvelles attaques, voix toujours cassée, vomissements quotidiens; bégayement par suite des émotions. Sort le 14 mai 1860.

Voir observation XLVI.

CHAPITRE IV

ACCIDENTS NERVEUX SURVENANT A LA CONVALESCENCE DE L'ÉRYSIPÈLE

VERTIGES. — ÉTOURDISSEMENTS ÉBLOUISSEMENTS

Dans le cours de l'érysipèle, lorsque la température est élevée et que le malade a du délire, il n'est pas rare qu'il ait des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles, des éblouissements.

Nous l'avons observé souvent, comme ce sont de petites complications nerveuses qui se rencontrent dans les grandes pyrexies, nous n'insisterons pas.

Mais les deux observations que nous citons ont cela de spécial, c'est qu'après avoir été complètement guéris pendant quelques jours, brusquement pendant la convalescence les malades sont pris de vertiges, sans aucun prodrome. Sans nul symptôme prémonitoire, le malade est pris subitement d'étourdissements qui l'obligent à s'asseoir s'il ne veut pas tomber.

Chez un malade, Rig., c'est le 33^e jour après le début de l'érysipèle que nous voyons survenir ces vertiges; chez l'autre le 37^e jour.

Chez les deux malades la convalescence était commencée depuis dix ou douze jours.

Ces vertiges étaient séparés par d'assez longs intervalles chez Lemeu., dix heures, deux jours.

Chez Rig... les vertiges étaient continuels, subintrants.

Les deux malades ont quitté le service l'un très amélioré, l'autre ayant toujours des étourdissements violents.

Ces vertiges de la convalescence doivent toujours attirer l'attention, et être l'objet des soins du médecin.

On devra toujours être certain qu'il n'existe aucune lésion de l'appareil auditif, l'otite s'observant quelquefois dans l'érysipèle de la face.

Nous ne pouvons nous prononcer sur le pronostic de ces vertiges; les malades n'ont pas été suivis, mais il est probable qu'il a été bénin, Rig... et Lemeu., ayant promis de revenir dans le service si l'amélioration n'allait pas jusqu'à la guérison parfaite.

OBSERVATION XL.

Érysipèle de la face. — Étourdissements. — Amélioration (personnelle).

Rig... (Eugène), quarante-quatre ans, charbonnier, entre le 18 décembre 1893, salle Saint-Antoine, n° 10, Hôtel-Dieu annexe. — Aucune maladie antérieure. Ethylisme prononcé.

Le 15 novembre 1893 en se réveillant, le malade s'aperçoit qu'il a un érysipèle occupant le nez et les joues. Entre à Aubervilliers, sort guéri le 1^{er} décembre. En quittant l'hôpital il est pris d'étourdissements, il tombe; plaie de l'arcade sourcilière gauche, second érysipèle le soir même. Soigné de nouveau à Aubervilliers.

18 décembre. — C'est comme convalescent que nous avons ce malade dans le service. L'érysipèle est complètement guéri. Rig... se plaint d'avoir continuellement des étourdissements. Aussitôt qu'il se lève il vacille, et tomberait s'il ne s'appuyait sur son lit. Eblouissements fréquents, les objets lui semblent avoir les couleurs les plus variées, mais ce sont toujours des couleurs vives.

Ces phénomènes oculaires ont la rapidité de l'éclair lorsqu'ils se produisent et ne paraissent que quatre à cinq fois par jour, tandis que les étourdissements et les bourdonnements sont presque continuels.

24 décembre. — Même état. Urine : rien.

29 décembre. — Le malade demande à partir, il y a deux jours qu'il n'a pas eu de vertiges, mais les éblouissements persistent toujours sans amélioration.

OBSERVATION XLI.

*Érysipèle de la face. — Étourdissements. — Éblouissements.
Amélioration (personnelle).*

Lemeu... (Casimir), cinquante-sept ans, plombier, entre le 18 décembre 1893, salle Saint-Antoine, n° 4, Hôtel-Dieu annexe.
— Pas d'antécédents morbides.

Le 15 novembre, chute sur la tête, plaie; entre à Aubervilliers où il est soigné.

Le 18 décembre, entre dans le service comme convalescent. L'érysipèle a complètement disparu. Le malade va bien.

Le 22 décembre, brusquement le malade est pris d'étourdissements et d'éblouissements, tous les objets environnants lui paraissent tourner. il est obligé de s'asseoir. L'étourdissement disparaît après dix minutes, une céphalalgie intense suivit et persista jusqu'au matin.

23 décembre. — Lemeu... n'a pas dormi, la céphalalgie a diminué légèrement. Température, 37°,6. Urine : rien.

24 décembre. — La céphalalgie a disparu, anorexie, courbature généralisée, le malade reste couché. Température, 37 degrés.

25 décembre. — Même état. Pas d'albumine.

26 décembre. — Le malade se plaint de nouveau de céphalalgie assez intense. Les étourdissements et éblouissements n'ont pas reparu.

29 décembre. — La céphalalgie est intermittente. Courbature peu améliorée.

5 janvier 1894. — Le malade va bien; si ce n'était l'asthénie musculaire généralisée, il serait guéri complètement.

13 janvier, départ. — Le malade conserve toujours de la

céphalalgie intermittente avec quelques éblouissements : brusquement les objets lui paraissent lumineux, ses oreilles bourdonnent, il est obligé de s'asseoir. Ces accidents ne paraissent que depuis l'érysipèle et surviennent tous les deux ou trois jours.

L'ÉRYSIPELE CHEZ LES NERVEUX

Les traumatismes, les infections peuvent produire chez les sujets prédisposés des accidents nerveux de tout ordre, ou réveiller des névroses disparues depuis longtemps. Nous n'avons trouvé nulle part des faits semblables à celui que nous relatons (observ. XLIII).

Ces accidents nerveux se sont toujours manifestés à la convalescence. Dans les nombreux cas d'érysipèle que nous avons observés, les sujets ayant des antécédents névropathiques, ont presque toujours eu quelque accident nerveux à la convalescence. Nous ne citons que les deux cas les plus démonstratifs.

Nous avons suivi la malade qui fait le sujet de l'observation.

Cette jeune fille qui est intelligente nous a donné tous les détails des différentes phases par lesquelles elle a passé. Nous l'avons observée au moment où son tremblement était à la période d'état ; il était si violent qu'il était assez difficile de lui maintenir les mains.

Cette jeune malade avait tous les signes de l'hystérie, aussi M. Roger a-t-il posé le diagnostic de tremblement hystérique consécutif à un érysipèle. Est-ce l'infection ou le choc nerveux qui a produit ce tremblement ? Il est incontestable que, dans ce cas, il n'y avait aucune lésion organique, ni centrale, ni périphérique. La disparition brusque de cet accident est là pour lever tous les doutes,

car il n'y a aucune anatomie pathologique des manifestations hystériques au début. Le pronostic de ces accidents est bénin. Les deux faits que nous rapportons semblent le prouver. L'une des deux malades est complètement guérie, nous n'avons pu retrouver la seconde : mais l'excitation et le caractère bizarre qu'elle présentait relevant absolument de son état nerveux antérieur, il est à présumer que ces accidents auront facilement disparu par un traitement approprié.

OBSERVATION XLII.

*Érysipèle de la face. — Délire. — Troubles psychiques légers.
Guérison (personnelle).*

Ph... (Adèle), quarante-six ans, blanchisseuse, entre le 21 février 1894, salle Saint-Landry, n° 12. Hôtel-Dieu annexe. — Pas d'antécédents héréditaires. Névralgies, crises nerveuses fréquentes, éthylisme prononcé. Premier érysipèle, début le 13 février au niveau du cuir chevelu, et s'étend progressivement par plaques, au front, aux paupières, puis à la joue droite. Frissons, fièvre, constipation opiniâtre.

21 février. — A son entrée dans le service, le côté droit du visage est envahi, le cuir chevelu est moins douloureux qu'au début, dit la malade. Poumons : rien. Cœur : rien. Pas d'albumine. Température, 37°, 2.

22 février. — Subdélire cette nuit. Etat local stationnaire.

23 février. — Subdélire continu, pleure et rit facilement, sans cause, paroles incohérentes. Température, 36°, 8. Extrait de valériane, 4 grammes.

24 février. — Malade très agitée, délire a disparu. Pleure et rit sans motifs, veut se lever. Température, 36°, 8. Érysipèle a totalement disparu.

26 février. — Même agitation, mêmes pleurs, même gaieté. Convalescence.

28 février. — Agitation un peu diminuée, mais toujours prononcée. La malade s'en rend bien compte, mais ne peut se calmer. Elle demande à sortir.

A notre extrême regret, nous n'avons pu retrouver la malade et savoir combien avait duré cette période d'excitation.

OBSERVATION XLIII.

Érysipèle de la face, du dos. — Tremblements. — Guérison (personnelle).

Doll... (Clarisse), dix-sept ans, bonne, entre le 30 avril 1894, salle Saint-Landry, n° 34. Hôtel-Dieu annexe. — Mère très nerveuse. Rougeole à huit ans. Scarlatine à treize ans. Réglée à quatorze ans, régulièrement pendant un an, puis très irrégulièrement.

30 avril. — Entre dans le service pour un érysipèle de la face datant de trois jours. État subdélirant. Anesthésie du pharynx. Clou hystérique. Réflexes ovariens. Anesthésie des deux membres supérieurs.

1^{er} mai. — Délire pendant toute la nuit. Température, 38°,6. Pas d'albumine.

5 mai. — Phlyctènes sur le nez. Délire persiste, doux, tranquille. Température, 38 degrés.

8 mai. — Délire cesse. État général meilleur, malgré une plaque érysipélateuse sur la partie supérieure du dos.

10 mai. — Amélioration. L'érysipèle a presque disparu. Pas d'albumine.

13 mai. — L'érysipèle est guéri. En se réveillant, la malade est prise subitement d'un tremblement localisé aux membres inférieurs et aux avant-bras. Les avant-bras étaient animés d'un tremblement dans tous les sens, les mains décrivaient des oscillations dont l'amplitude avait de 20 à 25 centimètres. Après une demi-heure, ce tremblement disparut aussi subitement qu'il était survenu. Dix minutes après, il reparut avec la même intensité. Le nombre des oscillations était de 196 par minute. Le tremblement était exagéré au moment des mouvements voulus comme dans la sclérose. Les membres inférieurs tremblaient moins. Les réflexes rotuliens très exagérés surtout à droite. A partir de ce moment, il est impossible à la malade de manger, d'écrire, de faire quoi que ce soit. Le tremblement continue pendant le sommeil.

28 mai. — La malade quitte le service pour entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 22 bis. Elle reste un mois et demi sans amélioration bien sensible : douches, bromure de potassium, 4 grammes. Il est à remarquer cependant qu'à partir de son séjour à l'Hôtel-Dieu, le tremblement a cessé pendant le sommeil. Elle passe quelque temps dans sa famille. Aucune amélioration. Elle entre alors à Cochin, service de M. Chauffard. Le tremblement est très violent, elle ne peut rien toucher, elle brise tout, ne peut s'alimenter. Douches, bromure de potassium, 4 grammes. Aucune amélioration. Elle retourne dans sa famille, passe quinze jours ; puis revient à la Pitié, salle Cruveilhier, n° 3. Elle reste trois jours et on l'envoie à Sainte-Anne, service de M. Magnan, on lui donne de l'hyosciamine. Reste trois semaines. Pas de mieux. On la transporte à Villejuif où elle a une grande attaque d'hystérie toutes les semaines. A la suite d'une de ces crises survenue à huit heures du soir, le 25 janvier 1895, la malade dort d'un sommeil profond. Le lendemain, le tremblement avait totalement disparu. Le lendemain, la malade entrait à l'atelier de couture pour travailler. Elle quitte Villejuif le 27 janvier. Nous avons vu la malade le 6 avril 1895, elle va très bien, le tremblement n'a jamais reparu. Mais elle a toujours chaque mois une crise nerveuse.

OBSERVATION XLIV.

*Érysipèle de la face. — Hémianesthésie droite, front et menton exceptés.
Amélioration (personnelle).*

Rign... (Nicolas), quarante-six ans, bijoutier, entre le 18 février 1894, salle Saint-Antoine, n° 1. Aucune maladie antérieure. Pas d'antécédents nerveux.

17 février. — Plaie du cuir chevelu.

18 février. — Le matin, érysipèle de la face et du cuir chevelu. Il entre dans le service. Le malade a des nausées, des frissons, il vomit abondamment. Température, 39°,6. Rien d'anormal dans la marche de son érysipèle qui s'éteint le 21 février.

20 février. — En explorant le malade, on s'aperçoit ce matin que le côté droit de la face est insensible. On continue l'exploration et on remarque que tout le côté droit est anesthésié,

moins les régions frontales et mentonnières correspondantes. Sur la langue, la perte du goût est complète à droite, diminution à gauche. Pas de troubles de la vue. Pas de diminution du champ visuel. Réflexes pharyngien et rotulien conservés.

21 février. — Le malade a eu des hallucinations cette nuit, il prend les colonnes de la salle pour des voleurs. Pas de délire ce matin. Peu de sommeil. Chloral, 2 grammes.

22 février. — Toujours de l'insomnie. Laryngite légère. Troubles nerveux stationnaires. Sulfonal, 2 grammes.

23 février. — Le malade a bien dormi, plus d'hallucinations.

27 février. — Même état.

2 mars. — Diplopie depuis ce matin.

4 mars. — Même état. Diplopie persiste.

9 mars. — Départ. Hémianesthésie droite persiste à l'exception du front et du menton du côté droit. Diplopie. Pas de retrécissement du champ visuel. Réflexes conservés. Sur la langue, goût toujours disparu à droite, diminué à gauche. Il nous a été impossible de suivre le malade.

TROUBLES VISUELS. — AMAUROSE. — PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN

Dans son mémoire sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës, Gubler signale la paralysie de l'oculomoteur commun comme conséquence de l'érysipèle. A la suite d'une plaque érysipélateuse qui envahit successivement la face, la poitrine, l'abdomen, les muscles animés par le moteur oculaire commun gauche sont parésiés, il y a de l'amblyopie.

La seconde observation due à M. Duroziez montre une malade qui a une amblyopie très prononcée, des pupilles dilatées, sans réaction. Parinaud, en 1879, signala de nombreux cas d'atrophie du nerf optique ; nous ne rapportons pas ses observations, parmi lesquelles nous en avons trouvé qui n'entraînent pas notre conviction, et qui ne rentrent pas dans notre cadre.

Dufaut en 1886, apporta une observation que nous donnons ici ; l'atrophie du nerf optique est accompagnée de ptosis.

La même année, Weiland en Allemagne signala un cas d'amaurose suivie de guérison.

Nous avons observé des troubles visuels, multiples et fréquents, l'amblyopie nous a semblé être la complication la plus fréquente ; la photophobie n'est pas rare, elle s'observe surtout à la période d'état, tandis que les troubles nerveux que nous signalons apparaissent presque toujours après la guérison de l'érythème cause première.

L'amaurose que nous n'avons pas rencontrée ne semble pas avoir un pronostic bien grave. Cependant nous voyons que dans une observation de Gubler la guérison se fit attendre pendant une année.

La paralysie de l'oculo-moteur commun a guéri aussi. Mais il n'en est pas de même de la lésion du nerf optique.

Dans l'observation de Dufaut, l'atrophie du nerf optique n'a jamais rétrocedé, aucune amélioration n'est survenue, ni pour le ptosis ni pour le nerf de la vision. Aussi le pronostic sera-t-il toujours grave lorsque la lésion portera sur le nerf optique.

La différence de la gravité dans ces diverses lésions de l'œil sera donnée à la pathogénie.

OBSERVATION XLV.

Paralysie du moteur oculaire commun gauche avec céphalalgie et douleur orbitaire. — Fièvre. — Délire. — Erysipèle de la face faisant éruption par le conduit auditif gauche et gagnant ainsi les fosses nasales, la gorge, la poitrine et l'abdomen. — Guérison. (Arch. génér. de méd., GUBLER, 1860.)

M. X..., âgé de trente-trois ans, a eu, dans son enfance, une fièvre typhoïde à forme cérébrale grave.

Pas d'autres maladies jusqu'en 1855, alors furoncles, panaris, blennorrhagie avec lymphangite sus-pénienne.

En août 1856, chancre de la lèvre vu par M. Ricord; traitement régulier et suivi. Néanmoins roséole et, plus tard, iritis pour laquelle M. Desmarres est consulté. En décembre 1857, après une chasse au marais, adénopathie presque générale.

L'année suivante, à deux reprises, douleur aiguë, atroce, mais éphémère, à la base de la poitrine et vers les reins, qui suspend la respiration et amène la syncope. Vésicatoires, morphine, proto-iodure d'hydrargyre.

Le 10 *avril* 1858, après exposition de la tête découverte à un soleil assez ardent, perte subite de la vue du côté gauche, étourdissements, dilatation de la pupille, strabisme en dehors et diplopie, chute de la paupière supérieure : céphalalgie, sensation de pesanteur dans le côté gauche de la tête, douleur sus-orbitaire éveillée par la pression. Les symptômes oculaires de paralysie du moteur oculaire commun gauche, ne tardent pas à atteindre leur maximum. Mais, sous l'influence de deux émissions sanguines locales et d'une phlébotomie, aidées par l'action du calomel, on note un commencement d'amélioration.

Vésicatoire sur le front; vin de quinquina, eau de Bussang. Cependant la fièvre se prononce dès le 27, le pouls bat 100 fois par minute; le soir, il survient du délire.

Le 28 *avril*, pouls à 120, 38 respirations, souffle continu dans les carotides, langue sale; rien de notable dans les grandes fonctions, si ce n'est l'inquiétude du malade et son abattement extrême.

Diète; lavement purgatif, compresses froides sur le front; sulfate de quinine : 10 centigrammes toutes les deux heures.

Les jours suivants, même intensité de la fièvre; alternatives de mieux et de pis quant à l'intelligence; ventre un peu tendu et douloureux. Vésicatoire à l'épigastre, glace sur la tête; suspension, puis reprise du sulfate de quinine.

Le 30 *avril*, on aperçoit une rougeur érysipélateuse sur le pavillon et dans le conduit auditif gauche; pouls à 132, très petit; 40 respirations, sensation de chaleur à la jambe droite. Lavement purgatif. L'érysipèle apparaît le 1^{er} mai à l'oreille droite; de ces deux points, il s'étend bientôt à toute la face, gagne le cou, et envahit les fosses nasales et la gorge. On constate avec la

rougeur et la sécheresse de l'isthme guttural, une difficulté notable de la déglutition et un enchifrènement marqué. Le mouvement fébrile subit de grandes oscillations, ainsi que les troubles intellectuels. Le 3, le malade tombe dans le coma; vésicatoires aux cuisses.

Les 7 et 8 mai, l'érysipèle s'étend sur la poitrine, de là, il gagne le ventre; cependant, la gorge se dégage, la fièvre perd de sa violence, les fonctions intellectuelles se rétablissent et leur désordre diminue; en même temps, la pupille gauche se dilate davantage. Les jours suivants, l'érysipèle s'éteint, la fièvre cesse, l'état général s'améliore par degrés. Enfin, la convalescence s'établit franchement dès le 12 mai, et le poulx tombe de 60 à 48 pour remonter à 52 et reprend son chiffre normal.

Mais il suit un certain degré d'amblyopie et de paralysie des muscles animés par le moteur oculaire commun gauche. Sous l'influence de deux saisons à Barèges, cet état s'améliore à ce point qu'il ne frapperait plus les personnes non prévenues.

M. X... a repris ses affaires en novembre 1850 et s'est marié; il ne voit plus double, a recouvré la vision de l'œil gauche et se croit revenu à ses conditions habituelles de santé. Cependant, il conserve un peu de vague dans le regard, un peu moins d'aptitude pour les affaires, et une certaine violence d'humeur, tout à fait étrangère à son caractère.

OBSERVATION XLVI.

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. — Mouvement choréiforme de la tête. — Amaurose (in GUBLER).

Une femme nommée Mag..., âgée de trente-deux ans, journalière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, n° 15 (service de M. Bourdon), le 13 janvier 1858.

Elle a déjà eu deux érysipèles de la face qui n'ont présenté aucun symptôme grave.

Elle est prise une troisième fois de la même maladie à la suite d'un refroidissement et dans les conditions de santé les plus mauvaises, étant très affaiblie par la misère et un régime insuffisant. L'érysipèle envahit le cuir chevelu et s'accompagne d'un

délire et d'une agitation tels qu'on est obligé d'avoir recours à la camisole.

Dans le traitement, on n'emploie aucune émission sanguine. L'érysipèle guérit, laissant la malade extrêmement faible et pâle, profondément anémiée.

Bientôt, elle fut prise d'un mouvement choréique très prononcé de la tête ressemblant au tremblement sénile, puis elle perdit peu à peu la vue et finit par ne plus distinguer le jour de la nuit, seulement elle voyait encore une lumière vive dans l'obscurité, les pupilles étaient dilatées et immobiles; la cornée et le cristallin ne présentaient pas de lésions.

A ce moment, les urines examinées ne renfermaient pas d'albumine; il n'existait pas d'œdème.

Le traitement fut éminemment tonique : préparations de quina et de fer, vin de Bordeaux, régime analeptique.

La chorée céda après quelques semaines de ce traitement; mais l'amaurose persistait, on y joignit un séton à la nuque, d'après le conseil de M. Voillemier, chirurgien à l'hôpital.

Quelques temps après, un peu d'amélioration se montra, et peu à peu la vision se rétablit; mais la guérison complète se fit très longtemps attendre. La maladie dura en tout plus d'une année.

OBSERVATION XLVI (bis).

Erysipèle de la face, avec fièvre intense, trois récurrences de la phlegmasie cutanée. — Amaurose double plus avancée à droite. — Guérison (observation recueillie par M. le D^r P. DUROZIEZ. — In GUBLER, 1860).

La femme B..., âgée de vingt-six ans, entre dans le service de M. Bouillon, à la Charité, le 27 septembre 1859, pour un érysipèle de la face avec fièvre très intense; le pouls oscille entre 120 et 132. On la soumet à la diète, à l'emploi des émissions sanguines modérées et du tartre stibié à faibles doses.

L'amélioration commence le 3 octobre et se prononce de plus en plus jusqu'au 8 sans aucun accident, mais alors la femme B... se plaint de ne pas entendre et d'avoir la vue troublée.

Le 11 octobre, elle dit avoir la vue plus trouble encore, les

pupilles sont dilatées; rien d'anormal dans les urines. Vésicatoires à la nuque; 10 pastilles de fer, 2 portions.

Le lendemain, ces symptômes persistent, il survient un peu d'érysipèle qui se termine par délitescence.

Le 13 octobre, l'état général est bon, mais la vision est presque nulle à droite. On applique successivement deux petits vésicatoires sur la tempe droite, puis sur la gauche. Il en résulte un mieux sensible; cependant il reparaît encore un peu d'érysipèle; 1 portion, fer.

Les jours suivants, la vue s'améliore par degrés, on augmente l'alimentation; mais, le 23, la fièvre reparaît et force à supprimer la nourriture et à donner encore le tartre stibé. Elle continue; le lendemain, il s'y joint de la tuméfaction du visage et des vomissements; tout cela cède, et, en quelques jours, la vue est complètement rétablie.

La malade sort le 28 octobre 1859.

OSBERVATION XLVII.

Atrophie du nerf optique avec ptosis à la suite d'érysipèle
(Dufaut, *Union méd.*, décembre 1886).

X..., soldat, est incorporé en décembre 1883; acuité visuelle normale, en février 1884, érysipèle intense du côté droit de la face, en novembre nouvel érysipèle du même côté. Pendant la convalescence, il constate une certaine difficulté à lire, il voit trouble, ces accidents s'atténuent peu à peu. Janvier 1885, troisième érysipèle du côté droit de la face, avec gonflement énorme des paupières; dès que le malade put ouvrir les yeux, il constata que l'œil droit avait peine à supporter la lumière, que la vue était trouble. Au printemps de 1886, on constata les symptômes suivants; la paupière supérieure droite est gonflée; elle retombe au-devant de l'œil et ne peut être relevée qu'incomplètement; il existe un point douloureux au niveau de l'émergence du nerf sus-orbitaire, la pupille est paralysée et reste insensible à l'action de la lumière, le fond de l'œil est rouge, puis au bord inférieur de la papille il y a quelques plaques de choroïdite atrophique, la papille est décolorée surtout au centre, il y a de l'œdème péripapillaire. L'œil gauche est sain.

OBSERVATION XLVIII.

Erysipèle de la face. — Amaurose. — Guérison
(Weiland. *Deutsche med. Woch.*, n° 39, 1886).

Une fille de seize ans est atteinte le 25 avril 1886 d'érysipèle du côté droit de la face avec gonflement des paupières. Au bout de quatre jours, le gonflement palpébral ayant diminué, elle s'aperçoit qu'elle est devenue complètement aveugle de l'œil droit. Or elle n'avait jamais eu précédemment de troubles de la vue. On l'examine le 5 mai. Les traces de l'érysipèle existent encore à la joue droite. Le bulbe oculaire droit est indolent et n'offre aucun signe d'inflammation, la tension est normale, les mouvements s'exécutent bien. De ce côté, amaurose complète. Absence totale de perception de la lumière. Cependant la pupille habituellement dilatée, réagit encore légèrement sous l'influence des excitations lumineuses. Rien à la cornée, à l'iris, aux milieux de l'œil. La papille est opaque et privée de la netteté de ses contours, les vaisseaux en sont minces, on distingue difficilement les veinules et les artérioles. Le reste de la rétine n'offre aucune altération.

Le 6 mai, la papille tend à recouvrer son aspect habituel, le 10 elle paraît saine, la circulation s'y effectue presque normalement; cependant l'amaurose persiste.

Le 12 mai, la malade distingue vaguement quelques lueurs. Dès lors, amélioration progressive sous l'influence de la pilocarpine, puis de la strychnine. Guérison complète le 20 mai.

OBSERVATION XLIX.

Erysipèle de la face. — Névralgies en ceinture, troubles de la vue.
Amélioration (M. Roger).

Poir... (Léonie), quarante-ans, ménagère, entre le 10 avril 1894, salle Saint-Landry, n° 15, Hôtel-Dieu annexe. Érysipèle de la face, débute le 2 avril, gagne le cuir chevelu, évolution normale. Guérison complète le 20 avril.

Depuis la période de déclin : épiphora, troubles de la vue, se manifestant par un brouillard continuuel devant les yeux ; les objets ne paraissent pas nets à la malade, il y a de l'amblyopie. Névralgies en ceinture. Réflexes rotuliens un peu exagérés. Ces symptômes persistent jusqu'à la sortie de la malade qui a lieu le 1^{er} juin.

PARALYSIE

Les paralysies consécutives à l'érysipèle ont été signalées depuis plusieurs siècles. Nous citons l'observation de Salmuthus ci-après.

Jungken parlant de l'érysipèle dit : « *Sic et quando ab internis nonnullis causis, utpote post variolas, erysipelas faciei... repulsum paralysis oritur.* »

Plus tard Hoffmann, étudiant la rétrocession de l'érysipèle, s'exprime ainsi : « *Phrenitidem, anginam, lingua paralysis lethalem hemiplegiam, catalepsimque insecutam fuisse, scriptorum probatissimæ fidei observationibus passim consignatis luculenter satis confirmamur.* »

Pidoux écrivait à Gubler avoir vu plusieurs paralysies suivre l'érysipèle de la face. Gubler dont nous citons plusieurs observations, a décrit ces paralysies.

Elles apparaissent vers la fin de l'érysipèle, et le plus souvent on remarque ces accidents nerveux, lorsque le malade veut se lever ou veut accomplir quelques mouvements ; le patient constate alors que tel ou tel membre est inerte.

L'impotence fonctionnelle peut varier de la parésie à la paralysie complète. On observe plutôt la localisation sur les membres inférieurs.

L'observation personnelle que nous donnons ci-après est exceptionnelle. Ce sont les muscles de la nuque qui ont été surtout paralysés. La paralysie était complète, tan-

dis que les membres inférieurs n'ont été atteints que d'une paraplégie légère.

Les paralysies consécutives à l'érysipèle reproduisent la plupart des traits des paralysies consécutives aux maladies aiguës ; elles paraissent tenir à une altération du système nerveux central ou périphérique. Nous devons nous demander par quel mécanisme.

Aujourd'hui le fait est bien démontré, elles résultent de l'action d'un poison sur le système nerveux. Les paralysies dans les maladies infectieuses sont des paralysies toxiques. La preuve en a été fournie par l'expérimentation.

Les expériences de Roux et Yersin, celles de Charrin, celles de Grancher et H. Martin sont démonstratives.

Ces paralysies expérimentales obtenues par ces auteurs ont pour caractère essentiel, et c'est là ce qui les rapproche des paralysies humaines de la convalescence, c'est d'être tardives, c'est-à-dire de n'apparaître que longtemps après la disparition des microbes introduits dans l'organisme, à une époque si éloignée souvent du début de l'infection, que l'on peut être tenté de considérer celle-ci comme guérie.

Voici enfin un cas dans lequel l'expérimentation a pu reproduire une maladie qui offre la plus grande analogie avec ce que l'on observe chez l'homme dans les cas graves de paralysies consécutives aux maladies infectieuses.

M. Roger inocule à des lapins une culture de streptocoque dépouillé de sa virulence par ensemencements successifs dans le sérum. Trois semaines après l'inoculation, les muscles des membres postérieurs s'atrophient, puis ceux de la masse sacro-lombaire, et les animaux succombent d'ordinaire au bout de cinq à six jours ; l'autopsie montre, outre l'atrophie musculaire d'abord une tuméfaction du protoplasma des cellules des cornes antérieures,

puis la formation de vacuoles dans leur intérieur et enfin leur complète disparition.

Déjà d'ailleurs, Manfredi et Traversa avaient déterminé par l'injection de cultures stérilisées de streptocoque pyogène des accidents paralytiques chez le lapin et le cobaye.

Une différence notable entre les paralysies expérimentales et les paralysies humaines, c'est que chez les animaux elles sont le plus souvent suivies de mort, tandis qu'elles sont presque toujours curables chez l'homme.

Mais comme dans quelques cas les animaux ont survécu, comme dans d'autres (Roux et Yersin) on est arrivé à produire des paralysies localisées, il est fort probable qu'en modifiant les conditions de leur production on arrivera peut-être à créer des paralysies curables.

Un fait est mis hors de doute par l'examen des observations, il peut survenir à la suite de l'érysipèle des paralysies diffuses généralisées, mais cet accident est très rare, presque exceptionnel, les paralysies qu'on observe dans ces conditions rentrent exactement, au point de vue de la symptomatologie, dans le groupe des paralysies consécutives aux maladies infectieuses. Elles apparaissent au moment de la convalescence. Elles sont le résultat de l'infection de l'organisme par un agent déterminé.

Si elles ont des caractères qui les rapprochent et permettent de les réunir dans un même cadre, elles se distinguent néanmoins par la cause qui leur a donné naissance.

A cet égard on peut affirmer que la paralysie post-érysipélateuse comme la paralysie diphtéritique est une paralysie spécifique.

Dans l'observation personnelle que nous rapportons, il nous a été impossible de connaître l'époque exacte du début de ces accidents nerveux. Lorsque l'attention a été

attirée sur cette complication, la paralysie était constituée. Nous ne pouvons dire si le début a été brusque ou progressif.

Les caractères de ces paralysies ne diffèrent pas de celles survenant dans le cours des autres maladies aiguës, au point de vue symptomatologique. Mais le pronostic en est bénin, ce qui les distingue des paralysies survenant dans le cours de la diphtérie où le pronostic doit toujours être réservé.

La durée est indéterminée, en général elle ne dépasse pas six mois ; cependant, dans l'observation de Gubler le malade a mis cinq années pour arriver à sa guérison complète. La différence dans la durée comme dans le pronostic tient à l'intensité de l'infection et aux différentes complications simultanées qui peuvent survenir.

Si à ces causes on ajoute les antécédents morbides des malades on possède des raisons suffisantes pour expliquer ces différences dans les accidents nerveux.

On ne peut pas émettre un avis absolu au sujet de la durée et de la gravité des akinésies érysipélateuses. Il faut, dans chaque cas, faire entrer en ligne de compte le siège de l'affection, son étendue, son degré et l'état d'opportunité morbide de l'individu ; toutes choses qu'il est très difficile d'apprécier dans une étude générale ; toutefois le pronostic est presque toujours favorable.

Il est exceptionnel de voir la mort survenir avec le cortège des symptômes de la paralysie ascendante aiguë à marche rapide.

Comme dans la paralysie spinale ascendante subaiguë, comme dans la polynévrite périphérique, primitive ou secondaire, on assiste d'ordinaire à une guérison complète.

Dans le cas que nous citons et que nous avons observé

nous-même, M. Roger, malgré l'atrophie musculaire considérable, a toujours porté un pronostic favorable. La malade a guéri rapidement. L'intégrité des muscles de la respiration, l'absence de phénomènes bulbaires et d'eschares constitue un bon élément de pronostic.

Le traitement doit être assez réservé au début; quelques frictions, un peu de massage; à l'intérieur des toniques et de la strychnine. Quand la période aiguë de l'affection est passée, on pourra avoir recours à l'électrisation galvanique et faradique, en ne cherchant à obtenir d'abord que de faibles contractions. Plus tard, les douches, les massages quotidiens. Les bains sulfureux rendent les plus grands services pour hâter la guérison.

OBSERVATION L.

Ad erysipelas faciei paraplegia linguæ (Salmuthus 1648).

Nobilis... (C.) erysipelate facies sæpe tentatur; dumque eo aliquando laborat, materia nondum prorsus resoluta, iter facit, ac quidem frigidiori paulo acris constitutione. Inter prandendum eo ipso die, postquam et frigidis cibis vescitur, vertigo primum mox paraplegia lingua sequitur. Sed ad vomitus ternos meliuscule habet et intra octiduum restituitur.

OBSERVATION LI.

Érysipèle. — Fièvre ataxique très grave. — Matité. — Paraplégie complète. — Paralysie du rectum et de la vessie. — Amélioration au bout de deux ans. — Guérison après cinq ans (Gubler).

Louis G..., trente-deux ans, entre à la Charité, salle Saint-Charles, service de M. Piorry, le 8 novembre 1855. Il y a huit ans, érysipèle qui s'est accompagné de phénomènes typhoïdes graves avec accidents cérébraux. Convalescence longue, privation de la parole pendant deux mois. Au moment de se lever pour la

première fois, il s'est aperçu qu'il était paralysé des deux jambes. Quand on l'aidait à marcher le contact du sol lui causait dans les jambes une commotion et un ressaut.

Pendant deux ans, il s'est porté sur des béquilles, puis il a pris deux bâtons et, enfin, au moment de son entrée à l'hôpital, il marche encore avec une canne; mais il ne reste plus que de la faiblesse qui se dissipe progressivement sous l'influence de toniques, de bains sulfureux et de la strychnine. Sort à peu près guéri le 13 mars 1856.

OBSERVATION LII.

Érysipèle de la face. — Paralysie faciale. — Hémiplegie. — Sclérose en plaques. — Mort. — Autopsie (Jolly).

Femme de vingt-huit ans, pas d'antécédents nerveux héréditaires. Accidents scrofuleux dans la jeunesse. Avant son mariage, elle avait eu trois ou quatre érysipèles de la face. Neuf mois après sa troisième couche, dont elle avait eu quelque peine à se rétablir, nouvel érysipèle de la face terminé en dix jours, cinq ou six semaines après, sensation de vertige, violents maux de tête, nouveau séjour au lit, accès convulsifs caractérisés par une rigidité tonique de tout le corps bien plus que par de véritables secousses cloniques. Affaiblissement intellectuel. Deux mois après le début de ces accidents, paralysie faciale gauche. Quatre mois après celle-ci, hémiplegie gauche, augmentation des troubles psychiques, délire. Puis, on constate progressivement l'existence des symptômes classiques de la sclérose en plaques. Tremblements, troubles de la parole, etc. Accidents de paralysie labio-glosso-laryngée. Mort. L'autopsie confirme le diagnostic.

OBSERVATION LIII.

Érysipèle de la face. — Paralysie des muscles de la nuque. — Parésie des muscles de la masse sacro-lombaire, des cuisses et des jambes. — Gâtisme. — Guérison complète (personnelle).

Céa... (Mathilde), seize ans, domestique, entre salle Saint-Landry, n° 26, le 8 janvier 1894, Hôtel-Dieu annexe. Mère très nerveuse. A huit ans, la malade a eu une hémichorée droite et à

la suite une paralysie complète du bras droit qui a duré un mois.

25 décembre 1894. — Le 25 décembre dernier la malade s'est fait percer les oreilles. Quelques jours après, les ganglions rétro-auriculaires se tuméfient.

4 janvier. — Céphalée. Frissons. Vomissements.

7 janvier. — La malade consulte un pharmacien qui constate un peu de rougeur au niveau de l'oreille droite; lui donne une pommade (?) et 50 centigrammes de sulfate de quinine.

8 janvier. — Au moment où la malade entre dans le service, nous constatons une plaque érysipélateuse qui s'étend sur toute la joue, les paupières et l'oreille droite. Poumons : rien. Tube digestif : anorexie, langue saburrale. Cœur : pouls rapide, 112. Souffle systolique à la pointe. Urine : rien. Température, 40°, 9.

9 janvier. — L'érysipèle s'est étendu au front.

11 janvier. — État local stationnaire. Un peu de délire. Gâtisme. Température, 40°, 2.

13 janvier. — Rougeur très diminuée. État général meilleur. Le délire a disparu ce matin. Gâtisme. La malade ne s'aperçoit pas que ses urines et ses matières s'écoulent. Température, 40°, 2.

17 janvier. — Guérison de l'érysipèle, les parties atteintes desquamant.

18 janvier. — La malade ne peut que difficilement faire des mouvements dans son lit. Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout celui de gauche. Impossibilité absolue de se tenir assise dans son lit et de relever la tête.

19 janvier. — On essaie de faire tenir debout la malade, elle ne peut le faire, on est obligé de la soutenir. Elle n'éprouve aucune douleur, elle remue mieux les jambes, mais ne peut s'appuyer dessus. La tête tombe sur la poitrine, impossibilité absolue de la relever, les mouvements de rotation et de latéralité sont aussi impossibles, Elle ne peut rester assise, elle tombe aussitôt. Seuls, les membres supérieurs ont conservé leur énergie. Gâtisme.

20 janvier. — Même état.

21 janvier. — On essaie de faire marcher la malade; elle remue mieux les jambes, mais impossibilité de marcher seule, on la soutient. En marchant ses jambes fauchent, ses talons touchent le sol à chaque pas. Paralysie persistante des muscles de la nuque. La malade ne gâte plus.

22 janvier. — État stationnaire. Apyrexie.

22 janvier. — État général bon. Légère amélioration de l'asthénie musculaire des membres inférieurs et de la masse sacro-lombaire. Urine : pas d'albumine, pas de sucre.

23 janvier. — Amélioration continue, la malade marche en se soutenant sur une canne, démarche incertaine, les jambes fauchent. État général bon. Si ce n'était la paralysie persistante des muscles de la nuque, la convalescence serait rapide.

24 janvier. — La malade peut se soutenir assez bien pour permettre de la photographier.



Céa... Mathilde 16 ans. Paralysie des muscles de la nuque.

25 janvier. — Elle remue légèrement la tête, mais ne peut la redresser.

26 janvier. — Les mouvements de latéralité et de rotation sont possibles mais dans une petite étendue.

27 janvier. — A partir de ce moment les progrès d'améliora-

tions sont rapides; pendant sa maladie, la malade a grandi de plusieurs centimètres.

5 février. — La malade sort, les mouvements de la tête sont revenus dans tous les sens, seuls les mouvements d'extension ne sont pas encore complets.

OBSERVATION LIV.

Paraplégie survenant après un érysipèle (Chantemesse).

M^{me} X..., âgée de cinquante-cinq ans, a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de quarante-sept ans. Mariée, une fille de dix-sept ans bien portante. Pas d'autres grossesses, ni avortement. Mari bien portant. Parents bien portants. Une nièce est devenue paralysée d'un côté du corps à douze ans. Morte à soixante-douze ans, hémiplegique. A l'âge de quarante-sept ans M^{me} X. a eu un érysipèle de la face très intense. Elle a eu du délire, et elle est restée un mois au lit.

Un an après, tandis qu'elle paraissait en bonne santé, elle éprouva, un jour qu'elle voulait courir, une lourdeur dans la jambe gauche. Cette pesanteur à remuer le membre inférieur gauche persiste sans être accompagnée d'aucune douleur. Il existait seulement une sensation de fourmillement dans toute la jambe.

Cette pesanteur de la jambe augmenta peu à peu et la marche devint gênée.

Le médecin consulté ordonna l'application de pointes de feu sur la région lombaire. Depuis deux ans environ, la malade n'a suivi aucun traitement.

Il y a dix-huit mois, la malade ressentit une sensation douloureuse dans la région inférieure des reins.

L'acte de se redresser quand elle était accroupie devint difficile sans le secours des mains.

Il y a un an, la sensation de pesanteur et les fourmillements ont gagné le membre inférieur droit.

Etat actuel. — La malade marche lentement et difficilement, se tenant un peu courbée en avant, les pieds traînent sur le sol par le talon antérieur sans faucher.

Les jambes sont moyennement écartées l'une de l'autre. La malade éprouve de la difficulté à joindre les pieds, Elle peut cependant se tenir debout, les pieds joints, à la condition expresse de garder les yeux ouverts. Si les yeux sont fermés, elle vacille comme une tabétique, les réflexes rotuliens sont exagérés. Par l'extension brusque du pied, la jambe étant demi-fléchie, on provoque de l'un et de l'autre côté le phénomène de la trépidation spinale.

A l'inspection, les membres inférieurs n'ont subi aucune modification apparente dans leur volume, leur forme, et leur coloration. Si l'on palpe la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les masses musculaires, on ne constate aucune modification appréciable.

Le membre inférieur droit a une température normale dans toute son étendue. Le membre inférieur gauche laisse reconnaître à la palpation un refroidissement notable qui commence au tiers inférieur de la jambe et qui s'étend sur la jointure et le pied. La sensibilité est conservée dans tous ses modes (toucher, douleurs, température), dans les deux membres inférieurs; cependant, du côté gauche, dans toute la région qui présente du refroidissement, la sensibilité à la piqure est plus vive que dans les régions similaires du côté opposé.

Quand la malade est debout, toute la jambe gauche, surtout dans la région froide, prend une teinte d'un rouge un peu violacé.

La sensation de fourmillements a gagné les fesses et la région lombaire. Au niveau de cette dernière région, sur la colonne vertébrale, dans un espace mesurant environ 10 centimètres carrés, la main perçoit une sensation de chaleur, tandis que les régions environnantes : fesses, régions dorsale et latérale, sont recouvertes d'une peau fraîche.

A la partie inférieure de la région dorsale, la malade accuse une sensation de fourmillement qui l'entoure comme une ceinture; au niveau des fausses côtes et sous les seins, cette sensation est particulièrement vive.

La miction et la défécation sont normales; cependant depuis un an environ, la malade reconnaît qu'elle peut maîtriser beaucoup plus difficilement qu'autrefois le besoin d'uriner ou d'aller à la garde-robe

Rien dans l'urine, rien au cœur, rien aux poumons ni aux autres organes, pas de troubles de l'odorat, du goût, de l'ouïe ni de la vue.

Pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'achromatopsie; ni myosis, ni mydriase.

Du côté des yeux, il n'y a donc à noter que l'influence de l'occlusion des paupières sur la marche et la station debout. À plusieurs reprises depuis un an, la malade a remarqué qu'elle était sujette pendant quelques jours à des crises de vertige qui l'empêchent de marcher dans sa chambre autrement qu'en suivant les murs et en cherchant des appuis avec les mains. Au bout de quelques jours, tout revient à l'état ordinaire.

Une fois, elle a eu, il y a deux ou trois mois, une faiblesse sans raison; sans toux qui pendant quelques jours a rendu sa voix à peine perceptible.

L'hiver dernier, elle a été prise quelquefois, après un effort pour monter dans son lit, d'une gêne respiratoire intense qui la rendait anhéante pendant quelques minutes. En temps ordinaire, elle peut monter dans son lit sans ressentir une pareille gêne respiratoire.

Traitement (23 septembre 1892). — Pointes de feu répétées; 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Depuis cette époque je n'ai pas revu cette malade.

PARÉSIE — TROUBLES MOTEURS DIVERS

La diversité et le grand nombre de troubles nerveux que nous avons observés, nous obligent à grouper dans une même catégorie des accidents un peu différents.

Nous demandons l'indulgence du lecteur si à côté d'une paralysie faciale il trouve des douleurs vagues généralisées, de l'asthénie musculaire, des troubles au niveau des avant-bras.

La paralysie du facial inférieur gauche que nous avons observée s'est produite pendant la convalescence, la durée n'a pas dépassé un mois.

Les douleurs vagues, généralisées ne sont pas rares, les malades gardent pendant plusieurs semaines une courbature, qui ne tient nullement à leur séjour au lit. Ces douleurs sont spontanées, continuelles, elles apparaissent surtout au moment des mouvements voulus. Elles ne peuvent être provoquées par la pression.

Dans les observations que nous donnons, les malades ont quitté le service, améliorés mais non guéris.

Les troubles vaso-moteurs sont plus rares, et nous n'avons pu en trouver une seule observation.

Dans celle que nous citons, le malade, il est vrai, a eu des troubles de sensibilité quelque temps avant son érysipèle, mais depuis sa maladie, ces troubles se sont aggravés au point de gêner le malade ; car il ne sent pas les objets qu'il tient entre ses deux derniers doigts.

Le début de ces phénomènes nerveux a commencé avec l'érysipèle, et lorsque le malade quitte le service un mois après, aucune amélioration sensible ne s'est produite.

Les différents accidents que nous avons signalés dans cet article, ont pour caractère commun la parésie, qui se localise sur tel groupe musculaire ou qui donne une asthénie générale. Les malades atteints de ces troubles vagues, attendent la guérison plus longtemps, que ne semble faire supposer l'acuité de l'affection.

Le pronostic immédiat est à considérer, car l'attente de la guérison attriste les malades.

Nous ne croyons pas que ces troubles soient susceptibles de s'aggraver, car avant de laisser sortir les malades, nous les avons soigneusement examinés, et jamais aucun symptôme n'est venu assombrir le pronostic.

OBSERVATION LV.

*Érysipèle de la face. — Paralysie du facial inférieur gauche.
Guérison (M. Roger).*

Prun... (Émile), soixante-trois ans, tondeur, entre le 5 avril 1894, salle Saint-Bernard, n° 39, Hôtel-Dieu annexe. — Plusieurs blennorrhagies; à vingt ans le malade dit avoir eu un chancre sur le prépuce, ni plaques muqueuses, ni roséole, jamais d'accidents syphilitiques. Ethylisme marqué.

Le 2 avril, nausées, frissons, l'érysipèle débute au milieu de la joue droite, s'étend rapidement sur toute la partie correspondante de la figure.

5 avril. — Le malade entre à ce moment dans le service. Poumons : râles fins aux deux sommets et gargouillements à gauche. Cœur : rien. Tube digestif : langue blanche, anorexie. Urines : pas d'albumine ni sucre.

6 avril. — Même état, plus quelques vésicules d'herpès au niveau de la commissure droite des lèvres.

8 avril. — État stationnaire.

10 avril. — Amélioration.

14 avril. — Érysipèle complètement guéri; cependant le malade a un aspect bizarre, le regard est fixe, il a l'air hébété, mais conserve toute sa lucidité d'esprit. Rien dans les grands appareils. Urine : rien.

15 avril. — Légère paralysie du facial inférieur gauche. Langue sèche. Température, 39°, 3.

16 avril. — Même état. Température, 39°, 2.

17 avril. — Notable amélioration de l'état général. Paralysie plus nette. Température, 38°, 9. Les lésions tuberculeuses restent stationnaires.

18 avril. — La paralysie rétrocede. Urine : rien. Toux, râles fins disséminés dans les deux poumons.

19 avril. — Le malade va bien, la paralysie reste toujours marquée.

10 mai. — Amélioration très grande de la paralysie.

19 mai. — Le malade sort complètement guéri de sa paralysie. Les lésions tuberculeuses ont augmenté légèrement.

OBSERVATION LVI.

Érysipèle de la face. — Asthénie musculaire généralisée. — Douleurs vagues. — Amélioration (personnelle).

Plegn... (Joseph), trente et un ans, terrassier, entre salle Saint-Antoine, n° 11, le 18 décembre 1893. Hôtel-Dieu annexe. — Fièvre typhoïde, mai 1893. Trois abcès de la parotide consécutifs. Survient un érysipèle pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Érysipèle bénin, rechute le 22 novembre, nouvel abcès de la parotide. Soigné à Aubervilliers. Il entre comme convalescent à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Roger. L'érysipèle est complètement guéri. Depuis cette dernière maladie, Plegn... éprouve des douleurs assez violentes dans les jambes, à partir du genou jusqu'aux talons, surtout au moment de la marche, mais même au lit. Les douleurs sont assez fortes pour enlever tout sommeil au malade ; elles n'augmentent pas mais n'ont aucune tendance à diminuer. Certains jours elles sont plus fortes, d'autres jours moins intenses.

28 décembre. — Dans la nuit, le malade a eu de la céphalalgie, pas de sommeil. Les douleurs des jambes ont augmenté. Depuis hier soir, crampes continuelles dans les mollets. Le malade éprouve une grande faiblesse générale. Il a une extrême difficulté pour se relever lorsqu'il se baisse pour ramasser un objet. Courbature générale. Les douleurs se généralisent dans les bras et le dos. Elles ne peuvent être provoquées. Analgésine, 4 grammes.

29 décembre. — Les douleurs ont diminué un peu. Mais la faiblesse et la courbature générales persistent. Urine : rien.

2 janvier. — Le malade demande à partir. La courbature a un peu diminué, mais les douleurs persistent quoique un peu améliorées.

OBSERVATION LVIII.

Érysipèle de la face. — Troubles nerveux au niveau des deux mains. Guérison (personnelle).

Lemaig... (Léobon), vingt-neuf ans, maçon, entre le 18 décembre 1893, salle Saint-Antoine, n° 12, Hôtel-Dieu annexe. —

Parents morts tuberculeux. De sept à douze ans, le malade avait un érysipèle chaque année. Depuis, jamais aucune maladie.

14 décembre. — Le 14 décembre, en se levant, le malade remarque sa joue gauche très œdématiée, rouge, douloureuse, nauséas, quelques frissons.

18 décembre. — Il entre dans le service en pleine période d'état, visage tuméfié, douloureux, phlyctènes remplies de liquide citrin sur la joue gauche, rien dans les grandes fonctions. Urine : rien. Étourdissements continuels, même étant couché. Depuis deux mois, le malade s'est aperçu qu'il sentait moins bien au niveau des deux derniers doigts des mains. Depuis le début de son érysipèle, cette analgésie remonte jusqu'au coude, elle est absolument complète. On peut traverser la peau et les muscles avec une aiguille, sans que le malade éprouve de la douleur. En explorant attentivement les mains, on remarque que toute la région innervée par le cubital est complètement analgésique, et aussitôt que l'on passe dans la sphère du médian ou du radial, on provoque une douleur. Au niveau du poignet, l'anesthésie est complète jusqu'au coude. Le malade éprouve continuellement une sensation de froid dans les deux avant-bras.

21 décembre. — L'érysipèle a presque disparu. Troubles nerveux stationnaires. Le malade se plaint de légères douleurs vagues dans les bras et les jambes.

23 décembre. — L'érysipèle est guéri. Urine : ni sucre, ni albumine. La température n'a jamais dépassé 37°,8.

26 décembre. — 0 gr. 002 de trinitrine.

27 décembre. — Le malade a éprouvé une sensation de chaleur générale, mais aucun changement au niveau de ses avant-bras.

28 décembre. — Injection de 0 gr. 01 de pilocarpine dans le biceps gauche. Aucune réaction.

1^{er} janvier. — État stationnaire.

2 janvier. — Injection de 0 gr. 02 de pilocarpine dans le biceps gauche. Pas de réaction.

3 janvier. — Nouvelle injection de 0 gr. 02 de pilocarpine. Aucun phénomène.

4 janvier. — Quatrième injection de 0 gr. 02 de pilocarpine. Sialorrhée abondante. Sueurs généralisées; durée de ces phénomènes, 10 minutes, ayant commencé un quart d'heure après

l'injection. Le malade habituellement constipé a eu un peu de diarrhée. Amélioration de ses troubles vaso-moteurs à gauche, sensation légère de chaleur.

9 janvier. — Injection de 0 gr. 02 de pilocarpine au bras et à la cuisse à droite. Sialorrhée moins abondante. Amélioration légère des troubles vaso-moteurs à droite et à gauche.

12 janvier. — Injection de 0 gr. 02 de pilocarpine à la cuisse droite. Sialorrhée moins abondante. Soulagement plus considérable. La sensation de froid au niveau des mains a disparu, mais l'anesthésie de la sphère du cubital persiste.

15 janvier. — Le malade sort complètement guéri de son érysipèle, mais ses troubles nerveux au niveau des avant-bras sont peu améliorés.

OBSERVATION LVIII.

Érysipèle ambulant. — Troubles moteurs. — Amélioration (personnelle).

Leméh... (Francine), vingt et un ans, domestique, entre le 18 décembre 1893, salle Saint-Landry, Hôtel-Dieu annexé. — Pas d'antécédents héréditaires nerveux. N'a jamais eu de crises de nerfs. Aucune maladie antérieure. Elle entre dans le service comme convalescente d'un érysipèle ayant débuté le 18 novembre. L'érysipèle est complètement guéri, mais la convalescence a été marquée par les troubles suivants :

4 décembre 1893. — La malade presque guérie de son érysipèle éprouve dans les deux jambes des douleurs lancinantes.

5 décembre. — Les douleurs remontent dans les cuisses et le dos. Elles sont plus fortes. Exacerbation au moment de la marche. La malade ne peut marcher plus de cinq minutes sans s'asseoir, quoiqu'elle ait commencé à se lever depuis le 29 novembre. Cette fatigue lui est survenue seulement depuis deux jours; depuis, les douleurs sont restées stationnaires.

18 décembre. — A son entrée dans le service, nous constatons la difficulté de la marche, les douleurs persistent, elles sont généralisées aux articulations, aux masses musculaires des membres inférieurs et du dos. Elles ne peuvent être provoquées par la pression. La malade hésite à se lever, la marche est incertaine. Les jambes sont demi fléchies, la tête penchée sur la poi-

trine. La malade ne peut la tenir relevée. Atonie complète des muscles de la nuque. Pas de troubles trophiques. Pas de troubles sensitifs.

26 décembre. — Légère amélioration.

4 janvier 1894. — Les douleurs ont un peu diminué et la démarche est assurée, la malade se tient droite. Les muscles de la nuque ont repris leur énergie.

13 janvier. — Leméh... sort améliorée, mais les douleurs persistent et les troubles moteurs de la marche sont encore très appréciables. Elle veut quitter le service pour rentrer dans sa famille, en Bretagne, car il lui est impossible de travailler.

GANGRÈNE. — TROUBLES DE SENSIBILITÉ

Les observations de gangrène unilatérale dans l'érysipèle ne sont pas très rares.

Mais la gangrène locale, envahissant des régions non touchées par l'érythème érysipélateux est exceptionnelle.

La première observation est due à Holm ; nous voyons un malade jeune, atteint d'un érysipèle de la face et du dos, présenter une gangrène symétrique des extrémités.

Tout récemment une malade du service de M. le docteur Faisans, eut une affection analogue, consécutive à un érysipèle ambulant.

Ce qui est remarquable dans ces deux observations, c'est que la gangrène se montra à la période de convalescence, alors que toute trace de l'érysipèle avait disparu.

Les deux sujets étaient jeunes, l'un vingt ans, l'autre quarante-six ans.

Cependant chez la malade dont l'observation nous a été donnée par Gasne, on note des troubles antérieurs aux extrémités à l'occasion d'une variole, troubles il est vrai peu accentués, mais appréciables.

La profession de la malade a-t-elle pu y prédisposer ?

Elle est blanchisseuse, ses mains sont plongées souvent dans des liquides plus ou moins caustiques.

Si la gangrène n'avait envahi que les mains, cette hypothèse pourrait être discutée, mais les pieds ont été aussi touchés. Il nous faut donc chercher autre part la pathogénie de ces troubles trophiques.

Chez le malade de Holm la guérison vint rapidement.

La malade de M. Faisans n'est pas encore guérie après trois mois de souffrances.

On remarquera aussi un certain laps de temps entre la disparition complète de l'érysipèle et le début des accidents gangreneux.

Il a donc fallu une période plus ou moins longue pour amener ces troubles trophiques. La lésion a certainement dû se localiser sur la moelle pour faire naître cette symétrie.

Et dans les deux observations que nous citons, la gangrène atteint les extrémités.

Les renflements, brachial et lombaire, seraient donc plus prédisposés à la localisation infectieuse.

OBSERVATION LIX.

*Érysipèle de la face et du dos. — Gangrène symétrique des extrémités.
Guérison (Holm).*

Il s'agit d'un homme de vingt ans, atteint d'un érysipèle de la face et du dos. Les lésions furent d'une symétrie remarquable : les deuxième et troisième doigts des deux mains, les quatrième et cinquième orteils des deux pieds, deviennent d'un noir bleu, et la pulpe se gangrena très rapidement aux doigts ; la guérison fut rapide. Aux orteils, la destruction alla jusqu'aux os, et la réparation exigea plusieurs semaines. On remarqua chez ce malade le phénomène des contractions idiomusculaires sous l'action du doigt.

OBSERVATION LX.

Érysipèle ambulant. — Gangrène symétrique des extrémités (cette observation est due à l'obligeance de notre ami, M. Gasne, interne de M. le D^r Faisans).

Cr... (Marie-Anne), quarante-six ans, blanchisseuse, entre dans le service de M. Faisans, le 1^{er} avril 1895. Hôpital de la Pitié. — Antécédents héréditaires: bons. Antécédents personnels: jusqu'à quarante ans, jamais aucune maladie.

A quarante et un ans, variole grave.

Pendant cette maladie, elle présente des accidents du côté des extrémités. Les pieds sont très douloureux, gonflés, les ongles sont tombés. Aux mains, l'œdème est moins accusé. Mais les douleurs sont aussi violentes et tout à fait comparables à celles que la malade ressent actuellement. Les ongles sont tombés également.

La malade revint peu à peu à la santé.

Au commencement de février 1895, Cr... est atteinte d'un érysipèle qui se généralise. Il débute par l'oreille gauche, il envahit successivement le tronc et les quatre membres. Les phénomènes généraux ont été très accusés.

Brusquement, le 20 février, ont éclaté des douleurs intolérables dans les mains, qui sont encore très enflées et qui sont devenues bleuâtres. La malade entre dans le service le 1^{er} avril 1895, pour ces violentes douleurs et pour la gangrène des extrémités.

Les douleurs ont débuté brusquement le 20 février. Elles ont été d'une acuité extrême. Leur intensité est constante, peut-être un peu exagérées la nuit.

Elles ont cessé brusquement le 1^{er} avril, mais ont repris la nuit même. On fait une injection sous-cutanée de 6 centigrammes de morphine. Les douleurs disparaissent définitivement.

Elles ont d'abord siégé sur les deux derniers doigts de la main droite, limitées, exactement aux dernières phalanges, sans aucune irradiation. Peu à peu, les autres doigts se sont pris et seulement aussi dans leur dernière phalange. En même temps,

la main s'est gonflée jusqu'au poignet; les doigts ont pris la forme de boudin; ils étaient d'abord bleus et sont devenus peu à peu noirs et effilés comme on le constate actuellement.

La main gauche se prend à son tour; les douleurs y sont moins fortes et limitées aux parties envahies.

13 avril. — Les douleurs se manifestent dans les pieds; prédominance à droite.

Il existe aussi des démangeaisons très pénibles, survenant par crises d'une durée de dix à quinze minutes.

20 avril. — La malade passe dans le service de M. Reclus. Elle se plaint de vives douleurs dans les mains et les poignets.

La main droite a les quatre derniers doigts complètement momifiés dans leur dernière phalange et la moitié inférieure de la seconde; les parties gangrenées sont franchement noires. Les doigts sont effilés, plissés et fortement ratatinés à leur extrémité. Les tissus desséchés sont d'une dureté ligneuse.

Au milieu de la phalange, cette région nécrosée est bordée par une bande large de 5 à 10 millimètres, légèrement surélevée, de couleur rouge sombre, et brusquement terminée par une ligne sinueuse, la séparant de la peau saine. C'est entre cette bande rouge et l'eschare noire que se creuse le sillon d'élimination. La partie gangrenée n'est pas limitée à un segment régulier du doigt: tandis que les dernières phalanges sont atteintes tout entières sur les trois derniers doigts, sur l'index, toute la région interne est respectée jusqu'à l'ongle; la limite est longitudinale par rapport à l'axe et non transversale comme pour les autres. Le pouce est relativement épargné. Cependant, on remarque qu'autour de l'ongle la peau est lisse, fine, rosée, et que sur la pulpe de la dernière phalange, l'épiderme est épaissi: il y a là une plaque de consistance dure, légèrement douloureuse à la pression, mais sans changement de couleur de la peau.

La main gauche est bien moins lésée; l'auriculaire seul est momifié, et seulement dans la moitié inférieure de la phalange. Les autres doigts présentent à la pulpe de leur dernière phalange les mêmes altérations que l'on observe au pouce droit.

Dans les deux mains, les ongles, qui sont complètement noirs sur les doigts gangrenés, sont plats et marqués de raies longitudinales assez profondes: ils ne semblent ni secs, ni cassants; ils

auraient cessé de croître depuis le début des douleurs. La peau des parties saines voisines est surtout remarquable sur les doigts, principalement sur la face dorsale des doigts de la main gauche, où elle est mince, lisse, sans rides, ni plis, de couleur claire, comme dépigmentée et desquamant par places.

De plus, les mains, assez amaigries sur la face dorsale, présentent un aplatissement frappant de la face palmaire ; les régions thénar et hypothénar font à peine saillie ; l'aspect rappelle l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne au début.

Aux pieds, les trois orteils médians du pied droit présentent une coloration livide, violacée autour des ongles sur la face dorsale et sur toute la pulpe à la face plantaire. A gauche, il y a seulement une teinte cyanotique de ces mêmes régions.

La sensibilité à la pression est exagérée dans la région qui borde l'eschare. Au contraire, dans ces mêmes régions, la sensibilité au contact et à la piqure est très diminuée. La sensibilité thermique est obtuse. La sensibilité articulaire et la sensibilité réflexe sont conservées.

Les mouvements des coudes et des poignets sont libres. Les mouvements des phalanges et des phalangettes sont impossibles. La momification s'est faite dans l'extension. Les appareils sont indemnes. Les artères ne sont pas dures. Les pulsations sont peu énergiques.

Les urines souvent analysées n'ont jamais donné aucune trace de sucre ou d'albumine.

NOTA. — Nous prions notre ami GASNE, interne des hôpitaux, de recevoir tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué cette observation.

OBSERVATION LXI.

Érysipèle de la face. — Anesthésie complète des mains et des pieds
(MUSSET : *Traité des maladies nerveuses ou névroses*, 1841, citée par PIORRY comme troubles nerveux à la suite d'érysipèle).

C... (Jeanne), âgée de soixante et un ans, avait joui, jusqu'à l'été de 1811, d'une santé parfaite.

A cette époque, s'étant couchée au soleil, elle éprouva en se

réveillant une démangeaison considérable, qui fut suivie bientôt d'une éruption avec phlyctènes, d'où sortait une eau rousse ; elles noircirent en se séchant et tombèrent par écailles. Pendant cette éruption, la malade perdit l'appétit, eut des frissons et un grand malaise ; elle attribua ces pustules à la piqure de quelque insecte. A ces premiers accidents succéda l'insensibilité absolue des mains et des pieds, mais particulièrement de la main et du pied gauches. L'état de santé est bon ; elle vaque à toutes les occupations domestiques de la campagne ; elle est très sensible au froid ; point de guérison.

TROUBLES DE L'AUDITION

Nous avons trouvé quelques observations de surdité, unilatérale ou bilatérale, consécutive à l'érysipèle, mais dans tous ces cas l'une ou bien les deux oreilles avaient été envahies par l'exanthème.

Dans le fait que nous rapportons, le côté droit seul du visage fut touché par l'érysipèle.

Une surdité double survint à la période apyrétique au moment où la plaque érysipélateuse avait presque disparu.

Cette surdité était assez marquée pour qu'il fût impossible à la malade d'entendre une montre placée contre son oreille.

Nous n'avons pu retrouver la malade qui est sortie du service sans aucune amélioration.

OBSERVATION LXII.

Érysipèle de la face. — Surdité consécutive (M. Roger).

Peltie... (Pauline), vingt-deux ans, relieuse, entre salle Saint-Landry, n° 37, le 5 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. Premier érysipèle en novembre 1893.

4 avril. — Début de l'érysipèle actuel à l'angle palpébral droit, il gagne rapidement la joue droite, puis le nez.

5 avril. — A son entrée dans le service, cette malade a un bourrelet érysipélateux très net qui ne dépasse pas la paupière inférieure droite et le nez. Le front, le côté gauche du visage et le menton sont respectés. Les oreilles et le cuir chevelu indemnes. Rien dans les organes. Pas d'albumine dans les urines. Température, 37 degrés.

6 avril. — Amélioration considérable. Apyrexie.

8 avril. — Face desquame. La malade se plaint d'être sourde. Effectivement, elle n'entend pas une montre placée près de son oreille aussi bien à droite qu'à gauche.

12 avril. — Guérison complète de l'érysipèle. Surdité persiste.

18 avril. — La malade est envoyée à l'Hôtel-Dieu, où on l'examine à l'otoscope. On ne constate absolument aucune lésion.

21 avril. — La malade veut partir. Aucune amélioration. Surdité très prononcée.

Malgré tous nos efforts il nous a été impossible de retrouver cette malade.

NÉVRALGIES

En 1866, Anstie, dans une étude sur les névralgies consécutives aux affections aiguës, signala le premier les douleurs qui peuvent survenir après l'érysipèle. Il a constaté à la suite de cette maladie une névralgie très douloureuse dans toute la sphère du nerf de la cinquième paire. Cette névralgie est apparue à la convalescence, et aucune amélioration n'a été constatée dans ce cas. Dans l'observation que nous donnons, la névralgie siège sur la branche auriculo-temporale du maxillaire inférieur, et sur la branche auriculaire du plexus cervical superficiel. Le rameau auriculaire du vague est probablement aussi la cause de ces douleurs.

La malade a quitté le service, éprouvant toujours de vives douleurs, qui lui enlevaient le sommeil. Ces dou-

leurs étaient continues, spontanées avec exacerbations vespérales et nocturnes. La légère surdité correspondante persistait encore.

OBSERVATION LXIII.

Érysipèle de la face. — Névralgie auriculaire. — Amélioration
(M. Roger).

Hiqui... (Catherine), cinquante ans, femme de ménage, entre salle Saint-Landry, n° 17, le 14 mars 1894, Hôtel-Dieu annexe. A treize ans, érysipèle de la face, à quatorze ans, angine diphthéritique.

12 mars. — Frissons, courbature, céphalalgie, nausées, vomissements. Apparition de plaques érysipélateuses à la région mastoïdienne, à droite et à gauche.

13 mars. — Les paupières, le front et le cuir chevelu sont envahis.

14 mars. — Lorsque la malade entre dans la salle Saint-Landry, on constate un érysipèle occupant le cuir chevelu, le front, les paupières, les oreilles. Un bourrelet très net limite la plaque érysipélateuse. Aucune complication. Pas d'albumine dans les urines. Température, 37 degrés.

16 mars. — Amélioration de l'état local. Etat général bon.

20 mars. — Guérison de l'érysipèle. Les parties envahies desquamement.

21 mars. — La malade se plaint de vives douleurs à l'oreille droite, douleurs occupant le pavillon auriculaire et irradiant jusque dans le conduit auditif externe. De plus la malade entend moins bien de l'oreille droite.

23 mai. — Même état. Le conduit auditif est examiné, on ne constate aucune lésion.

24 mai. — La malade demande à partir. Amélioration peu appréciable.

Voir *Observation XLIX*.

PSYCHOSES

Les psychoses consécutives à l'érysipèle sont peu fréquentes.

Nous n'avons trouvé aucune observation antérieure à la

nôtre, la seconde observation due à Kroupetzki lui est postérieure.

Notre malade est un peu alcoolique et possède des antécédents héréditaires et personnels, nerveux. Il est probable que c'est une prédisposition sérieuse au délire, à la manie.

Nous n'avons aucun renseignement sur le malade de Kroupetzki.

Quoi qu'il en soit, nous constatons encore ici que c'est à la période de convalescence que les accidents éclatent. L'observation de cet auteur est caractéristique : arrivé à la convalescence alors que la température était de 36 degrés, subitement le malade fut pris de délire, d'hallucinations, enfin de délire de persécution.

Notre malade eut un délire furieux alors que toute manifestation érysipélateuse avait disparu.

Dans les deux cas, la guérison survint assez rapidement.

Les deux malades avaient des antécédents qui pouvaient justifier les accidents. Mais pourquoi ces complications nerveuses surviennent-elles à la période de convalescence, et pourquoi voyons-nous, au moins dans la seconde observation, un intervalle entre la guérison de l'érysipèle et l'apparition des troubles nerveux ?

Nous essaierons à la pathogénie de donner une explication. Disons ici que ces psychoses apyrétiques survenant à la suite de l'érysipèle, paraissent avoir pour cause principale un épuisement de l'organisme antérieur à la maladie.

OBSERVATION LXIV.

Erysipèle de la face. — Délire furieux. — Folie. — Guérison (personnelle).

D'Affn... (Jean), rentier, entre le 6 février 1894, salle Saint-Antoine, n° 1, Hôtel-Dieu annexe. Ce malade a toujours été

nerveux, très irritable. Les renseignements qui nous sont donnés sur ses habitudes montrent un peu d'alcoolisme. D'Affn... est venu de Belgique à Paris consulter à l'hôpital Saint-Louis pour un eczéma des membres inférieurs. Pendant son séjour ici, sans cause évidente, il est pris d'un érysipèle à la face.

2 février. — En se levant le matin, il remarque son front et ses joues couvertes d'une plaque rouge douloureuse. La propagation se fait vite au cuir chevelu, et à tout le visage, le menton seul est respecté.

4 février. — Délire léger.

6 février. — A son entrée dans le service, la face est couverte d'un érythème, rouge, douloureux, s'étendant à tout le cuir chevelu. Délire complet. Température, 38 degrés. Urine : rien.

8 février. — Même état.

9 février. — Amélioration locale. Le malade répond de temps en temps aux questions qu'on lui pose, mais a encore quelque mobilité dans les idées et toujours un léger délire. Il a un raisonnement vrai sur des choses fausses, il a des hallucinations, il prétend voir des géants venir enlever les lits de la salle, etc.

10 février. — Erysipèle a presque complètement disparu. Le délire persiste, il a augmenté depuis hier. Température, 37°, 2. Rien dans les urines. Aucune complication.

12 février. — Desquamation. Délire de plus en plus violent, on est obligé de lui mettre la camisole de force, il veut se lever et cherche à blesser toutes les personnes qui l'approchent.

13 février. — Accalmie, on lui retire la camisole de force,

14 février. — Hier soir, un accès de délire violent est survenu, il a failli blesser un de ses voisins avec une barre de fer arrachée de son lit. On le camisole à nouveau.

15 février. — Même état.

16 février. — On le transporte à Saint-Anne.

17 février. — On le transporte à Vaucluse. Les renseignements qui nous ont été donnés à cet asile sont peu nombreux et peu détaillés. Le délire furieux aurait persisté pendant sept jours, puis peu à peu le calme est revenu et le malade est sorti complètement guéri vingt jours après son entrée.

OBSERVATION LXV.

Érysipèle de la face. — Folie. — Guérison (Kroupetzki).

Kroupetzki rapporte un cas observé dans le service du professeur Vassilier, à la Faculté de Dorpat.

Un conducteur des chemins de fer, âgé de quarante-deux ans, est admis à l'hôpital, le 14 septembre 1894, pour un érysipèle de la face qui, depuis dix-sept ans, revenait régulièrement chaque année. Le 19, c'est-à-dire le sixième jour, quand la maladie approchait de sa terminaison, la température est descendue à 35°,8; le patient se mit à prononcer des paroles incohérentes, se montra agité et violent. Pendant deux jours et deux nuits, hallucination et délire de persécution. Se croyant entouré d'ennemis qui cherchaient à l'assassiner, le malade a voulu leur échapper en se jetant par la fenêtre; refus de nourriture et de médicaments sous prétexte qu'ils contenaient du poison. Au bout de quelques jours, pendant lesquels la température est restée au-dessous de la normale, les phénomènes s'amendèrent et disparurent bientôt tout à fait. La guérison fut rapide et le malade quitta l'hôpital complètement rétabli. Le patient a gardé le souvenir du sujet de ses hallucinations et de son délire, mais ne s'est rappelé aucun fait de la vie réelle.

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. — Aphasie. — Guérison
(Trousseau : *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*).

OBSERVATION LXVI.

M^{me} M..., qui jouissait habituellement d'une excellente santé, et qui était douce d'une intelligence très remarquable, prit à l'âge de cinquante-six ans, un érysipèle qui envahit le visage et le cuir chevelu. Elle eut pendant plusieurs jours, des accidents cérébraux assez graves, et quand la fièvre eut cessé elle n'avait conservé la mémoire d'aucun.

Pendant plusieurs jours, elle fut réduite à une sorte d'état automatique acceptant les boissons et les aliments sans les demander, et n'exprimant aucune pensée. Quelques jours plus

tard, elle put répéter, en y attachant le sens vrai, les mots qui lui étaient dits.

Peu après, elle commença à assembler quelques mots pour constituer des membres de phrase ou des phrases très courtes; elle était alors complètement rétablie au point de vue physique. Les premiers jours, elle ne répétait que les mots qu'on lui disait, puis sa mémoire commença à lui en rappeler quelques-uns.

Elle demanda alors un cahier de papier, une plume et de l'encre, et, pendant trois mois, elle passa plusieurs heures chaque jour à écrire tous les mots qui lui revenaient à l'esprit. J'ai eu les cahiers entre les mains et il est étrange de voir par quel procédé un mot en rappelait un autre, tantôt la première syllabe, tantôt la seconde lui donnait la clef d'un mot suivant. Souvent, c'était la rime, quelquefois un sens fort éloigné. J'en veux donner quelques exemples: chat, chapeau, manchon, main, manche, robe, jupon, pompon, rose, bouquet, bouquetière, cimetière, bière, mousse, cordage, corde à puits, fossé, etc. Il y avait ainsi près de cinq cents pages écrites en petit texte.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Bayle a été le premier à accuser l'érysipèle de pouvoir donner lieu à la paralysie générale, il a fourni la première observation. Baillarger fut frappé de la relation de l'érysipèle et de la paralysie générale, il reprit les recherches de Bayle et réunit trois observations personnelles, suivies de mort.

L'observation de Bayle montre un malade alcoolique il est vrai, mais devenant paralytique général peu de temps après son érysipèle. La céphalalgie qui ne le quitta pas depuis son affection de la face, relie l'érysipèle à la paralysie générale.

Ce n'est certes pas l'excès signalé le 29 juin qui déterminait la paralysie générale.

La première observation de Gubler est peut-être moins

nette. La femme R... depuis quelques années présentait des troubles psychiques au point que son mari s'en était aperçu. Les cinq érysipèles survenus en trois années furent la goutte d'eau qui fit déborder le vase. A partir de cette époque, la marche de la paralysie générale fut progressive, sans amélioration.

La seconde observation relative à la femme B... est absolument nette. On voit un érysipèle grave survenir à la face, une céphalalgie persister après la guérison, et enfin des symptômes manifestes de paralysie générale qui amenèrent la mort au bout de dix-huit mois.

La troisième observation de Gubler a trait à un homme atteint d'érysipèle de la face. Ce malade, pendant sa convalescence, présenta des signes non équivoques de paralysie générale. La faiblesse des jambes était telle qu'il ne pouvait longtemps rester debout, et il était obligé de se soutenir pour marcher.

Des contractions fibrillaires nombreuses existaient aux extrémités inférieures.

La parole est lente est embarrassée.

Enfin l'amélioration survint.

Mais jusqu'ici la lecture de l'observation donne les symptômes de la paralysie générale au début.

Nous devons remarquer que dans ces quatre observations, un seul malade survécut, encore Gubler ne put-il pas le suivre.

Les trois autres sujets furent emportés par la paralysie générale rapidement. Cette maladie évolua beaucoup plus vite que dans sa forme ordinaire. Il faut donc admettre que l'infection a eu une action destructive très grande.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont sensiblement les mêmes et confirment le diagnostic de paralysie générale.

Le pronostic de la paralysie générale consécutive à

l'érysipèle est donc presque toujours fatal, si nous nous en rapportons aux observations signalées jusqu'à ce jour.

OBSERVATION LXVII.

Excès de boisson, insolation, érysipèle, à la suite céphalalgie habituelle ; au bout d'un mois, délire ambilieux, démarche chancelante, paralysie générale. — Mort (Bayle).

Victor B..., épicier, âgé de quarante ans, d'une famille saine, caractère gai et doux, avait commencé de bonne heure à se livrer à la boisson, vin, eau-de-vie. Dans le courant de l'année 1819, il dormit pendant longtemps exposé aux rayons d'un soleil très ardent, il ne tarda pas à être atteint d'un érysipèle très intense qui s'étendit à toute la face et au cuir chevelu. Depuis cette époque, il conserva une céphalalgie habituelle, ce qui ne l'empêcha pas de continuer ses excès de boisson.

Le 29 juin 1819, il fit une orgie et tomba dans un état d'ivresse qui fut immédiatement suivi d'une aliénation complète. Il était dominé par des idées ambitieuses. Il était énormément riche et puissant, tout ce qu'il voyait lui appartenait et il parlait continuellement et sans suite. Il n'était pas violent et ne dormait point. Sa prononciation était très embarrassée, il marchait difficilement en chancelant. Ces symptômes augmentèrent loin de diminuer. Deux ou trois jours après l'invasion le malade eut des vomissements qui revinrent à plusieurs reprises.

Le 26 juillet, il fut conduit à la Maison royale de Charenton dans l'état suivant : agitation continuelle, cris, loquacité incohérents, démarche chancelante, qui expose le malade à tomber à chaque pas.

Le 7 août, face rouge et sans expression, point de réponses aux questions qu'on lui fait, agitation diminuée, regard incertain, pouls fréquent, langue rouge, signes de sensibilité lorsqu'on presse l'épigastre.

Pendant sept à huit jours, même état, puis les facultés s'altèrent davantage, il ne comprend aucune des questions qu'on lui fait.

Vers le 25 août, agitation et mouvements convulsifs des membres supérieurs, céphalalgie, soubresauts des tendons, spasmes

du muscle de la face, resserrement continu des mâchoires, par les contractions tétaniques des masséters, face livide, lèvres rouges, langue sale, blanchâtre à sa surface et sèche sur un bord, pouls petit et fréquent. Vingt sangsues au cou, lavement purgatif.

Le 18 août, dents et lèvres noires et fuligineuses, langue sale, face décomposée, pouls fréquent. Trois verres de décoction de quinquina. Même état jusqu'au 22.

Le 23 août, mort. Ouverture du cadavre. Etat extérieur : cadavre maigre, chairs fermes et résistantes.

Crâne. — Un peu de sérosité épanchée entre l'arachnoïde et la dure-mère, une quantité assez considérable à la base du crâne. La face interne de cette dernière membrane est rouge dans la région antérieure du crâne. L'arachnoïde qui recouvre la partie antérieure des hémisphères et le lobe antérieur du cerveau, offre une vive rougeur, qui diminue en arrière et disparaît auprès du cervelet, où l'on voit un réseau de capillaires injectés. Cette membrane est unie au feuillet arachnoïdien, de la dure-mère, sur les apophyses d'Ingrassias, au bord supérieur du rocher, et à divers autres points de la face interne du crâne, par des filaments cellulux assez faciles à rompre.

L'arachnoïde est très épaisse, et adhérente dans un grand nombre de points, à la substance grise, dont on emporte la couche la plus superficielle en détachant cette membrane.

Dans les endroits où l'arachnoïde est rouge, c'est-à-dire vers la région antérieure de l'encéphale, la pie-mère a une couleur écarlate et ses vaisseaux sont fortement injectés. Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité légèrement sanguinolente. Leur membrane séreuse est épaissie ainsi que celle des autres ventricules. Celle du quatrième est couverte d'une multitude de granulations à peine visibles à l'œil nu.

La substance cérébrale est très injectée et très molle; elle se laisse pénétrer avec la plus grande facilité, principalement dans les ventricules, où le doigt laisse son impression en touchant légèrement leur surface.

Thorax. — Poumon gauche induré dans sa partie postérieure et gorgé d'une sérosité sanguinolente.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac présente dans ses parties cardiaques des points rouges très nombreux et

très arrondis, entre lesquels cette membrane est blanchâtre. Cette rougeur n'existe point dans sa partie pylorique. La muqueuse d'une partie d'intestin est couverte d'une bile jaunâtre et épaisse; elle est injectée d'une manière très sensible.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION LXVIII.

Cinq érysipèles de la face en trois années. — Paralysie générale. — Mort. — Autopsie (Gubler, Archives générales de médecine, 1860).

La femme R... âgée de trente-six ans, a été conduite à la Salpêtrière, le 20 février 1847. Voici les renseignements que j'obtins de son mari. Il y a près de dix ans qu'il s'est aperçu d'un changement dans le caractère et les habitudes de sa femme, qui devenait lente et apathique, elle se plaignait que le sang la gênait et lui portait à la tête. Depuis trois ans elle a eu cinq érysipèles de la face à des intervalles irréguliers, et il y a quinze mois qu'on a constaté un commencement d'affaiblissement de la mémoire, en même temps on remarque chez elle une envie de briller, des goûts de toilette qu'elle n'avait pas auparavant, puis elle vole ça et là des objets de peu de valeur et fait des excès de boisson; enfin, il y a trois mois on commence à remarquer de l'embarras dans la prononciation.

Au moment de l'entrée à la Salpêtrière, je notais les symptômes suivants :

R... est calme, un peu abattue, elle passe ses journées à la même place, dans une sorte d'inertie et d'engourdissement. La physionomie offre déjà l'empreinte de la démence, les réponses sont courtes, les idées rares, la mémoire très affaiblie.

R... ne peut indiquer, ni le mois, ni l'année, elle se trompe sur les faits les plus simples, elle ne paraît, d'ailleurs, pas avoir d'idées de grandeurs. L'embarras de la parole est peu prononcé, mais il ne saurait cependant être mis en doute; la démarche est encore assez ferme, la sensibilité générale est très affaiblie et l'on peut pincer très fortement la joue sans que la malade manifeste aucune douleur. L'appétit est excellent. Le sommeil calme et prolongé.

Pendant huit mois, nous n'eûmes à noter que peu de changement dans cet état. Cependant, tous les symptômes s'aggravèrent, et, en outre, on put constater de nouveaux symptômes; les mains étaient tremblantes, ainsi que la langue; la malade avait une sorte de mâchonnement continu, le mouvement qu'elle faisait semblait tout à fait automatique et ressemblait à celui d'une personne qui déguste du liquide. On observe aussi que la paralysie se prononçait davantage sur le bras gauche qui pouvait à peine être soulevé; mais cette aggravation partielle de la maladie ne persista pas au delà de quinze jours. Au commencement du mois de novembre, la faiblesse était égale des deux côtés; les deux bras étaient souvent le siège de petites secousses convulsives.

R... allait et venait encore dans la division, elle aidait au ménage. Son intelligence était affaiblie, mais il n'y avait pas de trace de délire ambitieux. Appétit assez bon, langue profondément gercée. Pas de diarrhée. La malade maigrit, elle se plaignait d'éprouver de la céphalalgie.

Le 18 novembre, elle fut prise de pneumonie et succomba le 21.

Autopsie le 22. — L'arachnoïde viscérale est épaissie et opaque sur beaucoup de points de la convexité du cerveau; la pie-mère, très injectée de sérosité. Le liquide, dans plusieurs points, a déprimé les circonvolutions et a formé de petites cavités sur les côtés de la grande scissure. Adhérences très nombreuses des membranes de la couche corticale dont une partie s'enlève avec cette substance molle et couleur rosée. La substance médullaire a sa couleur normale. Peu de sérosité dans les ventricules qui ne sont pas dilatés. Granulations très nombreuses sur l'arachnoïde ventriculaire et principalement dans le ventricule du cervelet et au-dessus du calamus scriptorius. La moelle est saine. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen n'ont pu être examinés.

OBSERVATION LXIX.

Erysipèle de la face suivi de céphalalgie. — Après un an, congestions cérébrales. — Après dix-huit mois, symptômes de paralysie générale. — Mort (GUBLER. Arch. génér. de méd., 1860).

La femme B., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 30 janvier 1845. Nous apprîmes qu'elle avait une sœur aliénée, que son père était bizarre et braque, et qu'elle-même avait depuis longtemps la tête assez faible. Elle avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'elle fut prise, il y a dix-huit mois, d'un érysipèle de la face; la tuméfaction fut considérable, et pendant huit à dix jours, il fut impossible à la malade d'entr'ouvrir les yeux. On pratiqua deux saignées.

A la suite de cet érysipèle B... conserva une céphalalgie habituelle : sa menstruation, jusque-là régulière, se déranger; une année s'était à peine écoulée qu'il survint des espèces d'attaques de paralysie.

La malade ne perdait pas connaissance, mais elle restait une demi-heure sans pouvoir articuler un seul mot, et cherchait à se faire comprendre à l'aide de signes. Ces sortes d'accès assez fréquents devinrent aussi plus longs, et parfois B.... restait trois ou quatre heures sans pouvoir parler.

En même temps on remarque que son caractère change : elle devient lente, apathique, sa mémoire est infidèle.

Après dix-huit mois, invasion du délire, la malade a sans cesse le désir d'acheter; elle cherche partout à emprunter, marchande des pendules, des châles, etc. Bientôt le désordre des idées augmente. B... ne parle que de millions, elle veut avoir un grand hôtel, trois cents magnifiques tapis; elle va aller aux Tuileries, promet à ses amis de les marier avec de grands personnages, ordonne à son mari de ne plus travailler.

C'est en cet état qu'elle fut amenée à la Salpêtrière. La parole est très embarrassée, la démarche chancelante, l'intelligence très affaiblie; B... succomba aux progrès de la maladie, mais l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION LXX.

Erysipèle de la face, causé par un refroidissement; éruption d'herpès labialis, le cinquième jour; commencement de paralysie générale dans la convalescence; traitement tonique. — Guérison rapide (observation recueillie par M. J. BRONGNIART, interne du service, hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 20, service de M. GUBLER, Arch. génér. de médéc., 1860).

T... François, âgé de quarante ans, garçon restaurateur, demeurant aux Ternes, entré le 26 octobre 1859, sorti guéri, le 16 novembre 1859. — Le samedi soir, 22 octobre, ayant travaillé toute la journée à des nettoyages nécessités par la fin de la semaine, T... étant en sueur reçut de son patron l'ordre de fermer les contrevents du restaurant. Il pleuvait, la température était assez basse, et aussitôt qu'il fut resté quelques minutes dehors, T... sentit qu'il se refroidissait. Rentré dans sa chambre, il eut beaucoup de peine à se réchauffer. Il eut un frisson une partie de la nuit, dormit mal; le lendemain, il se réveilla avec du malaise, de la courbature, eut toute la journée de l'inappétence, une céphalalgie violente, et néanmoins dut travailler toute la journée à cause de l'affluence attirée le dimanche par le restaurant. La nuit fut agitée; il eut de la fièvre. Le lundi, il voulut se lever, mais il fut forcé de se recoucher. L'érysipèle débuta dans la journée, par le nez; le mardi il s'étendit à une partie de la face.

Mercredi, 26 octobre, jour de l'entrée, la face presque entière est envahie, le cuir chevelu n'est pas encore pris et l'érysipèle se termine par un bord saillant, à environ 2 centimètres avant la naissance des cheveux.

Le jeudi 26 octobre, face très tuméfiée, rouge: les yeux presque complètement fermés, les paupières œdémateuses; on voit sur le front quelques phlyctènes; la rougeur s'étend jusqu'à la racine des cheveux, mais ne gagne pas encore le cuir chevelu. — L'appétit est nul, la langue blanche, puis chaude, pouls à 104. Malgré le siège de l'affection et l'intensité de la lésion anatomique, M. Gubler porte un pronostic favorable, en prenant en considération que la maladie a été évidemment causée par le froid. — Compresses trempées dans l'eau de sureau; bouillon, limonade, deux pots. — Les urines examinées après la visite donnent

par l'acide nitrique une forte proportion d'acide urique sans albumine ni coloration bleue.

Le vendredi 28 octobre, la chaleur n'a pas diminué, la fièvre est toujours vive; l'érysipèle s'est étendu au cuir chevelu, ce dont on s'assure en écartant les cheveux, sans tirer sur la peau qui, dans ce cas, perd sa teinte rouge, et paraît blanche; la céphalalgie est toujours très vive... Tartre stibié, en lavage dans un pot de limonade tartrique. Le reste *ul suprâ*.

Le samedi 29 octobre, l'émétique en lavage a produit de nombreuses évacuations alvines, sans vomissements. Il y a un peu d'amélioration. Hier, apparition à la lèvre supérieure d'un groupe d'herpès qui s'étend jusqu'à l'aile du nez du côté gauche.

Les jours suivants, l'amélioration continue, la rougeur et la tuméfaction disparaissent; il reste de nombreuses écailles épidermiques, qui se desquament peu à peu. Le malade mange une portion, puis deux portions.

Le mercredi 2 novembre, le malade se lève un peu.

Le jeudi 3 et le vendredi 4 novembre, l'amélioration continue; le malade mange avec appétit et descend au jardin.

Le dimanche 7 novembre, il se plaint d'une grande faiblesse; M. Gubler était peu disposé à y attacher de l'importance, lui disant qu'il ne devait pas s'étonner d'être faible après une diète et un séjour au lit prolongés. Mais T... lui fit observer que lorsqu'il s'est levé pour la première fois sa faiblesse était moins grande qu'actuellement; que jeudi et vendredi il a pu marcher et descendre au jardin; tandis qu'hier samedi à peine descendu, il s'est senti si fatigué qu'il a voulu remonter, ce qui lui a été difficile à cause de la faiblesse de ses jambes.

L'ayant fait lever et marcher devant nous, nous constatons qu'en effet sa marche n'est pas assurée; que lorsqu'il veut rester immobile, dans la station verticale, il est obligé d'écarter ses pieds l'un de l'autre de manière à élargir la base de sustentation et néanmoins, malgré cette précaution, on observe dans ses extrémités inférieures de nombreuses contractions fébrillaires; le corps tout entier est vacillant, et il semble qu'il va tomber soit en avant, soit en arrière, dans un de ces mouvements d'oscillation surtout quand il lève les yeux au ciel; pour se mieux tenir, il est obligé de tenir ses regards fixés sur ses pieds.

Le système musculaire de cet homme est peu développé, ses pieds sont plats, mal conformés; aussi pour nous mettre à l'abri de toute cause d'erreur nous lui demandons s'il n'était pas déjà faible, s'il pouvait rester longtemps debout sans fatigue. Il répond qu'il a toujours été fort malgré sa maigreur; que sa profession le force à rester debout presque toute la journée, et qu'il peut le faire sans fatigue excessive.

Le malade recouché, on constate que sous l'influence de la percussion digitale, ses muscles se contractent énergiquement; chaque fibre frappée répond isolément à l'excitation. En traçant avec l'ongle des lignes sur la poitrine du malade, on voit succéder à cette excitation le phénomène connu sous le nom de chair de poule. La parole semble un peu lente et embarrassée, l'intelligence parfaitement nette. Vin de quinquina, 60 grammes; vin de Bordeaux, 100 grammes; frictions; huile de camomille camphrée sur les jambes.

Les jours suivants les mêmes symptômes sont constatés à plusieurs reprises. Le malade se dit un peu plus fort; cependant il peut à peine se tenir debout. Il désire vivement quitter l'hôpital, et parle tous les jours de reprendre son travail, quoiqu'il soit évidemment trop faible pour le faire.

Le dimanche 13 novembre, M. Gubler lui ordonne un bain sulfureux et continue les toniques; trois portions.

Le lundi 14 novembre, le bain sulfureux a produit, au dire de T..., un effet merveilleux, ses forces seraient complètement revenues, il serait aussi fort qu'avant sa maladie; mais les exagérations ont manifestement pour but d'obtenir sa sortie de l'hôpital, car il craint de perdre sa place. On le fait patienter jusqu'au mercredi, en lui promettant un second bain sulfureux.

Le mardi, second bain sulfureux, ses forces paraissent décidément bien revenues; car le mercredi 16, jour de sa sortie, nous nous assurons que notre malade se tient très ferme sur ses jambes; les pieds rapprochés l'un de l'autre, il ne vacille plus; ses membres ne sont plus agités de contractions fibrillaires. La marche est faite sans hésitation.

Le mercredi 23 novembre, il se présente à la consultation et nous nous assurons qu'il tient bien sur ses jambes, quoiqu'il accuse encore une faiblesse marquée, surtout lorsqu'il descend les escaliers.

Les contractions fibrillaires spontanées n'existent plus, et l'irritabilité est rentrée dans ses conditions normales

L'appétit est bon et les principales fonctions s'exécutent régulièrement.

OBSERVATION LXXI.

Pseudo-tabes consécutif à un érysipèle de la face (in Th. Paulet, Montpellier, 1891, Résumé).

Ch... (Michel), séminariste, entre dans le service de M. le professeur Grasset, salle Fouquet, n° 17. En juin 1889, érysipèle de la face, délire.

Guérison en quinze jours. Quand il voulut se lever pour la première fois, il fut obligé de se soutenir avec une canne. Paraplégie presque complète. Massage, électricité. Amélioration considérable.

Rentré au séminaire, hygiène déplorable, ne suit plus de traitement. La paraplégie s'aggrave.

En juin 1891, il fait une saison à Lamalou. Pas d'amélioration. Rentré à l'hôpital Saint-Éloy où il est traité par le professeur Grasset et où l'on constate : abolition des deux côtés du réflexe patellaire. Signe de Romberg. Il lance les jambes en marchant. Atrophie des muscles de la jambe. Aucun autre signe du tabes. Santé générale bonne.

TRAITEMENT. — 1° Courants continus faibles, puis moyens, sur les extérieurs des orteils et fléchisseurs du pied ;

2° Tous les matins, massage sur le trajet des muscles ;

3° Tous les huit jours pointes de feu superficielles le long des nerfs des muscles des jambes ;

4° A l'intérieur, phosphate de soude, 1 gramme ; arséniate de soude, 1 centigramme, à alterner tous les mois.

ÉRYSIPÈLE SALUTAIRE

Si nous avons observé des troubles nombreux très différents dans l'érysipèle, nous avons aussi constaté son heureuse influence dans une circonstance particulière. L'observation que nous relatons est celle d'un épileptique.

L'épilepsie a heureusement été modifiée depuis. Les crises sont moins fréquentes, comme en témoigne le tableau que nous sommes allé prendre nous-même à Bicêtre.

Nous avons trouvé deux observations, rapportant des cas de guérison. Une chorée et une folie auraient été influencées heureusement, au point de disparaître. Des faits nombreux et authentiques de psychoses guéries par un érysipèle intercurrent, ont été signalés par Zenker, Tillmanns, Meyren, Verga.

Il nous a été impossible de retrouver les faits, les observations signalés par ces auteurs. Nous n'avons trouvé que leur affirmation.

Y a-t-il contradiction entre l'érysipèle producteur de troubles nerveux et l'érysipèle curateur de troubles nerveux analogues. La contradiction n'est qu'apparente, car l'infection du streptocoque, comme nous le dirons plus loin, modifie la cellule dans tel ou tel sens. Le milieu cellulaire est changé, la fonction peut être changée aussi. L'infection streptococcique produit un état, un milieu nouveau, qui donne une orientation nouvelle à la fonction cellulaire.

OBSERVATION LXXII.

Érysipèle de la face chez un idiot épileptique. — Diminution de fréquence des attaques. — Amélioration (personnelle).

Matho..., trente ans, idiot épileptique de Bicêtre, entra à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 23, le 28 février 1894.

Idiotie congénitale; depuis l'âge de quinze ans, le malade a une attaque épileptique chaque jour.

27 février. — A la suite d'une chute, plaie à la joue droite et à l'arcade sourcilière du côté droit. Érysipèle consécutif, bénin, sans réaction, sans température.

Pendant son séjour dans le service, ce malade n'a eu qu'une

seule crise; encore n'a-t-elle pas été spontanée, elle est survenue à la suite d'excitation de la part des voisins du malade, le 8 mars.

Matho... est sorti le 9 mars 1894, il est donc resté huit jours sans aucune attaque épileptique, sans aucun vertige. Il en avait en moyenne une fois par jour.

A la date du 8 juillet 1895, voici le tableau que nous avons consulté à Bicêtre, donnant le nombre des crises de ce malade :

	1894		1895	
	Attaques	Vertiges.	Attaques.	Vertiges.
Janvier	16	"	7	1
Février	30	2	4	"
Mars	15	"	2	"
Avril	12	1	1	"
Mai	6	1	"	"
Juin	7	"	"	"
Juillet	11	1	"	"
Août	4	1	"	"
Septembre	8	1	"	"
Octobre	6	"	"	"
Novembre	11	"	"	"
Décembre	2	"	"	"

Comme on peut le constater, le nombre des crises épileptiques et des vertiges diminue progressivement depuis que le malade a eu un érysipèle.

Depuis deux mois, il n'a pas eu une seule attaque et depuis cinq mois, pas de vertiges. Il suit le même traitement.

OBSERVATION LXXIII.

Chorée. — Guérison à la suite d'un érysipèle de la face (Kohos, Lyon médical, octobre 1892.)

Enfant de treize ans environ, il n'a pas d'antécédents du côté de ses parents.

Il est atteint depuis cinq semaines d'une chorée idiopathique.

Rien au cœur, il n'a jamais eu de rhumatisme, il présente en ce moment un érysipèle de la face, avec malaise, vomissements. Dès le début, température, 39 degrés, 39°,9, elle a persisté trois jours consécutifs. Depuis lors, les convulsions choréiques ont graduellement diminué.

Comme médication interne: salicylate de soude, 2 grammes par jour.

Comme médication externe: badigeonnages avec un mélange d'acide phénique, de glycérine et de collodion.

L'intérêt que présente cette observation, c'est que dès l'apparition de l'érysipèle, les mouvements choréiques ont incontestablement diminué de fréquence, et aujourd'hui le malade est guéri de son érysipèle et de sa chorée.

OBSERVATION LXXIV.

Accès de lypémanie avec idées de suicide. — Guérison après un érysipèle de la face (Szczypiorski).

Instituteur, cinquante-quatre ans, compte des antécédents héréditaires, sa mère, notamment, ayant été atteinte de lypémanie avec idées de suicide à l'âge de la ménopause. Pas d'antécédents personnels.

Préoccupations, chagrins déterminant l'éclosion d'une lypémanie avec idées de suicide, avec systématisation du délire et agitation vive.

Apparaît un érysipèle très intense de la face, en même temps l'agitation se calme, le délire et les hallucinations diminuent de gravité jusqu'à cesser complètement.

Un mois après l'apparition de l'érysipèle, le malade sortait guéri de sa lypémanie. Guérison maintenue plus tard.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Circulation intra et extra-cranienne.

Il nous a paru nécessaire de donner au début de ce chapitre, les relations qui existent entre la circulation intra-cranienne et la circulation extra-cranienne.

Par quelles voies le sang du cuir chevelu et de la face et celui de l'encéphale reviennent-ils au cœur.

Il y a d'abord un point important à noter. La circulation artérielle et la circulation veineuse de la tête sont bien différentes.

Les artères qui se distribuent à la tête sont la carotide externe, la carotide interne et la vertébrale.

Les veines sont : les jugulaires internes, les jugulaires externes, les jugulaires postérieures et les veines vertébrales.

Les parties extérieures du crâne, et l'enveloppe fibreuse du cerveau reçoivent le sang artériel uniquement de la carotide externe. La carotide interne irrigue les centres nerveux.

Il y a donc indépendance dans le territoire de vascularisation des bronches de la carotide primitive.

Il n'y a pas cette indépendance dans le système veineux. Les veines des centres nerveux et de leur enveloppe fibreuse

sont tributaires des mêmes sinus, et les voies par lesquelles se dégorgent ces sinus, recueillent aussi le sang des veines extérieures du crâne.

Chez l'homme, la veine jugulaire interne, en raison de son importance, semble résumer à elle seule la circulation intracranienne.

Cependant il est tout à fait exact que les sinus communiquent aussi avec les branches d'origine de la jugulaire externe par des veines dites émissaires traversant les parois du crâne en différents points.

C'est au niveau du trou déchiré postérieur que se fait la communication entre les sinus et la jugulaire interne.

Le trou déchiré antérieur a été séparé du postérieur par l'articulation du sommet du rocher avec l'apophyse basilaire; il est comblé par du tissu fibreux.

Cependant Hédon a signalé des veinules passant à travers ce tissu fibreux et faisant communiquer les sinus caverneux avec le plexus ptérygoïdien contenu dans la fosse temporale.

Les autres veines dites émissaires qui font communiquer les sinus avec les veines extérieures du crâne sont nombreuses.

En arrière :

1° Nous trouvons à la partie postérieure l'émissaire mastoïdienne passant par le trou mastoïdien; dans la plupart de ses dissections, Hédon l'a rencontrée d'un calibre important, elle lui semble être quelquefois la voie principale de dégorgement du sinus latéral.

Chez un grand nombre d'animaux du reste, le sinus latéral sort entièrement par le trou mastoïdien (Malacarne). La veine mastoïdienne fait communiquer le sinus latéral avec la jugulaire externe par la veine occipitale, et avec la veine jugulaire postérieure.

2° L'émissaire occipitale (Spérino) traversant les parois craniennes au niveau de la protubérance occipitale interne et établissant une communication entre le pressoir d'Hérophile et les veines occipitales.

En bas :

1° L'émissaire condylienne traversant le trou condylien postérieur et faisant communiquer le sinus latéral près de sa terminaison avec l'origine des veines vertébrales et la jugulaire postérieure.

2° Un plexus passe par le trou condylien antérieur, et accompagne le nerf grand hypoglosse (Luschka).

Trolard a décrit une veine en rapport avec la fosse condylienne antérieure sous le nom de confluent condylien antérieur.

3° Spérino signale une veine qui sort de l'aqueduc de Fallope par le trou stylo-mastoïdien, et vient s'anastomoser avec la jugulaire externe, ou avec l'auriculaire postérieure. Elle s'unirait à un petit rameau méningé passant par l'hiatus de Fallope (Blondin).

Quelques veinules font communiquer le sinus caverneux avec le plexus ptérygoïdien à travers le trou ovale, elles accompagnent le nerf maxillaire inférieur dans ce trajet.

4° Le sinus carotidien, sorte de diverticule du sinus caverneux accompagne l'artère carotide interne dans le canal inflexe du rocher et vient se terminer près de la face inférieure de la base du crâne, en un plexus de petites veinules.

En haut :

L'émissaire pariétale traverse le trou pariétal pour faire communiquer le sinus longitudinal avec les veines du cuir chevelu.

En avant :

La veine angulaire établit une longue anastomose entre

les veines orbitaires, tributaires du sinus caverneux et les veines de la face.

2° Enfin nous devons signaler la veine du trou borgne, niée par la majorité des auteurs. Spérino a vu cette veine s'anastomoser avec les veines des fosses nasales.

Si nous ajoutons à toutes ces veines les canaux du diploé et les veines méningées moyennes, nous aurons une idée de la richesse des anastomoses qui existent entre les circulations veineuses intra-cranienne et extra-cranienne.

Théories pathogéniques.

Les auteurs ont diversement expliqué le développement des accidents cérébraux. La plupart des anciens les attribuaient à une métastase. Cullen le premier s'éleva contre cette opinion. Piorry combattit aussi cette théorie : « Il est évident, dit-il, que le plus souvent il ne s'agit pas, dans ces cas, d'une métastase, car c'est au moment où l'érysipèle est au plus haut degré de violence, et lorsqu'il persiste encore, que l'on voit souvent survenir les accidents cérébraux les plus graves. »

Piorry insiste sur les communications sanguines intra et extra-craniennes.

La carotide interne, lorsque l'inflammation des téguments du crâne est forte, doit recevoir plus de sang qu'à l'ordinaire, et tout porte à penser que la congestion intense de l'encéphale qui en résulte, détermine les accidents nerveux. Bosquillon s'est fait le défenseur de cette théorie.

Piorry pense que l'extension de la maladie au cerveau a lieu par les parties molles de l'orbite ; cette croyance est appuyée sur de nombreuses considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Il rappelle la disposition de la boîte crânienne, qui

sépare le cerveau et ses membranes, de la peau qui recouvre le crâne; la petite dimension des ouvertures de communication entre les parties; le nombre considérable de vaisseaux veineux et artériels, de rameaux nerveux qui établissent une relation intime entre les organes orbitaires et craniens; la tuméfaction considérable qui accompagne l'inflammation des parties molles de l'orbite et l'obstacle qu'opposent à cette tuméfaction les parois inextensibles de la cavité orbitaire.

Enfin, se fondant sur des observations cliniques, cet auteur assure d'une part que les accidents cérébraux ne surviennent ordinairement, dans les érysipèles de la tête, que lorsque l'inflammation développée primitivement, soit sur le cuir chevelu, soit sur la face, a envahi les paupières ou les parties molles de l'orbite; d'autre part, que l'on parvient souvent à faire cesser ces mêmes accidents en combattant l'inflammation oculaire.

Malle a rapporté dans un mémoire des observations dont trois confirmaient les idées de Piorry, tandis que les autres lui étaient contraires.

Elles montrent un malade succombant à des accidents cérébraux bien que les paupières ne fussent que modérément gonflées, et un autre n'éprouvant que de la pesanteur de tête, de la céphalalgie et de l'insomnie.

Piorry répondit que tous ces faits venaient à l'appui de son opinion, car de ce que dans un cas la maladie a été mortelle bien que la lésion des paupières fût modérée, et de ce que, dans un autre cas, il n'y a pas eu d'accidents funestes, quoique les paupières fussent très tuméfiées, il n'en est pas moins vrai que chez tous ces malades, il y a eu des symptômes cérébraux graves.

Nous ne ferons que mentionner les opinions de Ribes (1816) qui attribuait les accidents nerveux dans l'érysipèle

à l'intensité de la fièvre ; celle de Darwin qui les attribuait à la *sympathie* qui unit le cuir chevelu et les méninges.

Pour tous les auteurs de cette époque, le voisinage de la maladie et du cerveau était pour eux une cause suffisante de laquelle dépendaient tous les troubles nerveux.

L'absence de lésions constatées dans les cas de paralysies, dues à des maladies aiguës, les fait considérer par Brown-Séquard comme des paralysies réflexes. Une irritation partie de l'organe malade aboutit à la moelle et y détermine la contracture réflexe des petits vaisseaux et l'anémie du tissu nerveux. Or, les expériences de Panum et de Flourens qui provoquent chez le chien une paralysie après injection, dans les petits vaisseaux, de la moelle, de poudre de lycopode, ont fait voir que l'anémie de cet organe pouvait être suivie de paraplégie.

Chez l'homme, il se passe, au niveau de la région enflammée, qu'il s'agisse de l'intestin, du poumon, ou des organes génitaux urinaires, ce que l'on voit chez l'animal en expérience à qui on pratique la torsion du tube rénal. L'excitation de l'organe périphérique est suivie par action réflexe, de contracture vasculaire, suppression du fonctionnement de la moelle épinière et de l'apparition d'une paralysie qui est le plus souvent une paraplégie.

Cette théorie de la contracture réflexe des petits vaisseaux a été combattue très vivement par Jaccoud. La contracture si elle existe chez l'homme à la suite de l'inflammation érysipélateuse, n'est pas suffisante pour aboutir à l'anémie de la moelle.

D'autre part le spasme ne pourrait se prolonger assez longtemps pour expliquer la persistance des paralysies.

La contracture permanente ne pourrait se comprendre sans une excitation prolongée ; or, on sait que toute exci-

tation de longue durée détermine l'épuisement du tissu nerveux et à sa suite la dilatation des petits vaisseaux; la grande loi de l'intermittence dans le fonctionnement des centres nerveux s'oppose à ce que l'on admette la théorie de Brown-Séquard.

Hammond, Weir Mitchell et plus récemment M. Jaccoud ont émis l'hypothèse qu'une irritation provenant de tel ou tel organe enflammé pourra, par l'excitation qu'elle produit dans la région de la moelle épinière en rapport avec elle, épuiser l'excitabilité du tissu nerveux et déterminer des troubles nerveux.

Qu'on admette l'opinion de Brown-Séquard ou celle de Jaccoud, qu'il y ait contracture de la tunique musculaire des vaisseaux, d'où paralysie, phénomènes nerveux, ou bien trouble dans le fonctionnement de la moelle imputable à l'épuisement nerveux; dans les deux hypothèses il n'y aurait pas là, à proprement parler, d'action réflexe, c'est-à-dire excitation nerveuse se transmettant par les nerfs centrifuges, il y aurait suppression d'action de ces derniers et rien de plus.

M. Jaccoud invoque une anémie cérébrale compensatrice, suite de la fluxion de la peau, et dans le délire l'excitation serait transmise à l'encéphale par les rameaux de la cinquième paire.

Nous ne croyons pas que la congestion cutanée soit suffisante pour produire une anémie cérébrale telle que des troubles nerveux apparaissent. Cette interprétation serait très peu vraisemblable lorsque l'érysipèle siège à la tête, mais elle devient erronée lorsque la lésion siège sur un membre quelconque.

L'excitation transmise à l'encéphale par le trijumeau n'est pas discutable; les cas de délire et de troubles nerveux nombreux sont assez abondants lorsque l'érysipèle

envahit des régions autres que la tête pour que nous ne nous arrêtions pas à cette hypothèse.

Depuis que M. Jaccoud avait donné ces interprétations, on discutait toujours sur la pathogénie, accusant tour à tour la congestion de Bosquillon et l'anémie du professeur de la Pitié.

La découverte faite en 1868 par Nepveu en France et Hueter en Allemagne (1869) d'un microbe dans le sang des érysipéloteux, paraissait de peu d'importance, et certains auteurs contestaient la véracité de cette communication faite par Nepveu.

Les travaux sur le même sujet se succédèrent assez rapidement; Wilde (1872), Orth (1873), Lukowsky (1874), Rosenbach (1884), isolent des microbes et les inoculent avec succès à des animaux, M. Bouchard trouve des microbes associés deux à deux ou en chaînettes dans la sérosité des phlyctènes de l'érysipèle. Doléris cultive ces mêmes microbes.

Mais c'est à Fehleisen que nous devons la connaissance complète du streptocoque de l'érysipèle.

De 1881 à 1883 il donne les caractères définitifs à l'agent de l'érysipèle.

Koch, Cornil, Denucé complètent ces travaux.

Enfin les thèses de Widal et d'Achalme fixent définitivement le sujet.

Dès lors, la présence du streptocoque dans les tissus et le sang donne lieu à une pathogénie différente.

La présence du streptocoque dans le sang a été affirmée par Hartmann.

Achalme a examiné le sang pendant la vie dans dix-huit cas moyens d'érysipèle, par l'ensemencement dans du bouillon.

Il n'a eu que des résultats négatifs.

Dans trois cas mortels le sang du cœur lui a donné des cultures abondantes de streptocoque, mais l'auteur tend à admettre avec Talamon que le passage se fait quelquefois pendant l'agonie. Il peut aussi se faire pendant la vie comme le montrent les complications ; un cas de Reclus est bien remarquable ; un hématome de la paroi abdominale se transforma en abcès à streptocoques à la suite d'un érysipèle de la face.

La pénétration, d'après Achalme, ne se fait pas par les capillaires sanguins, ceux-ci sont indemnes dans le foyer érysipélateux ; il faut admettre le passage par les vaisseaux lymphatiques et le canal thoracique.

La présence du microbe dans le sang étant possible, il était vraisemblable que le courant sanguin le porterait vers les centres nerveux ; l'irritation qu'il devait provoquer donnerait lieu à tous les accidents nerveux que l'on rencontre dans l'érysipèle.

Telle était la nouvelle interpellation des troubles cérébraux, quand de nouveaux travaux firent accepter une nouvelle pathogénie.

Déjà en 1888, Manfredi et Traversa avaient publié des expériences où ils montraient que des cultures stérilisées de streptocoques donnaient lieu aux mêmes accidents que le microbe lui-même. Il fallait donc que ce soient les sécrétions microbiennes qui étaient la cause de ces symptômes.

Les expériences de Manfredi et Traversa portèrent sur des grenouilles, des lapins et des cobayes.

L'injection de cultures stérilisées de streptocoque produisait indifféremment des paralysies, des symptômes convulsifs, des parésies.

La paralysie se montre surtout chez la grenouille et le lapin.

Aussitôt après l'injection on observe de la torpeur, du coma, qui dure vingt minutes à cinq heures. La parésie des membres postérieurs, puis des membres antérieurs apparaît. Les mouvements volontaires sont abolis. Mais l'excitabilité réflexe reste intacte pendant quelque temps, elle finit par s'éteindre à son tour.

La respiration est arrêtée, le cœur bat toujours, la mort enfin termine tous ces accidents.

L'action de la toxine agit-elle sur les muscles ou sur les centres nerveux ?

Une expérience très ingénieuse des auteurs, nous donne l'explication.

Si après une paralysie des membres postérieurs on met à nule nerf sciatique et les gastro-cnémiens correspondants, on constate que les muscles et le nerf sont encore sensibles à l'action électro-faradique.

La paralysie doit donc être centrale. Cependant les muscles et les nerfs périphériques doivent être touchés car ils perdent rapidement leur action physiologique. Ainsi à une période plus avancée de l'intoxication c'est-à-dire quinze à quarante minutes après le début de la paralysie, on constate que le nerf sciatique perd d'abord de son excitabilité, et les muscles jumeaux de leur irritabilité. Mais il n'est pas moins démontré que dans ses traits généraux, l'intoxication frappe d'abord le cerveau et le bulbe, d'où le coma, la perte des mouvements volontaires et l'arrêt de la respiration. Puis elle s'étend à la moelle épinière, d'où l'arrêt des mouvements réflexes.

Le cobaye présente surtout la forme convulsive.

Pendant la durée des crises, les nerfs moteurs et les muscles restent excitables comme dans la forme paralytique.

Dans la phase terminale, les nerfs peuvent perdre leur

excitabilité, alors que les muscles sont encore contractiles ; ils meurent à leur tour s'il y a mort de l'animal, mais quand il revient à la vie les nerfs reprennent leur activité normale

Par quel mécanisme se produit cette excitabilité de l'appareil moteur dans la forme convulsive ?

Est-ce par suite d'une exagération dans la sensibilité de l'appareil moteur périphérique ou dans l'action du système central ? Pour répondre à cette demande, il suffit de comparer deux grenouilles, l'une à qui l'on a coupé le tronc du nerf sciatique en laissant la circulation se faire dans le membre correspondant ; l'autre à laquelle on a lié l'artère iliaque ou l'un des membres inférieurs en totalité, à l'exception du nerf sciatique correspondant. On voit que chez la première grenouille il y a des contractions spasmodiques généralisées, sauf dans le membre dont le nerf est sectionné et qui reste parfaitement immobile.

Chez la grenouille dont l'un des membres ne reçoit plus de sang, mais a conservé ses attaches nerveuses, les phénomènes convulsifs apparaissent comme si ce membre était intact.

Les crises convulsives sont dues à une influence sur l'appareil moteur central.

Pour localiser davantage le centre d'action, Manfredi et Traversa ont coupé sur des grenouilles la moelle épinière dans la région dorsale au-dessous de l'origine apparente des nerfs brachiaux et ont alors pratiqué dans le ventre ou sur les membres postérieurs, l'inoculation du bouillon de culture. Les phénomènes convulsifs se sont alors manifestés avec leur physionomie caractéristique dans la partie antérieure du tronc et ont manqué dans la partie privée de ses communications nerveuses.

Ils sont dus à une action sur le centre encéphalo-bul-

baire. C'est une différence capitale avec les effets de la strychnine qui attaque surtout la moelle épinière.

Si on enlève les hémisphères cérébraux avant l'injection on voit apparaître malgré cela des symptômes convulsifs.

Il en est de même de la destruction des lobes optiques, des pédoncules et du cervelet, tandis que les convulsions cessent complètement si on détruit le bulbe.

On est conduit à penser que c'est sur cet organe que les produits toxiques de l'érysipélocoque agissent, au moins chez la grenouille.

Tous les phénomènes nerveux (céphalée, sursauts tendineux, contractures, contractions toniques et cloniques) doivent être mis sur le compte de l'absorption continue des produits du streptocoque.

Il résulte aussi des expériences de ces deux auteurs, que la toxicité d'une culture dépend moins de son âge que de sa fécondité.

Depuis le mémoire fondamental de Marie paru en 1884, la question de l'origine infectieuses des myélites aiguës était à l'ordre du jour.

Successivement parurent les travaux de Roux (rage), de Charrin et Babinski (bacille du pus bleu), de Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard (tuberculose aviaire), de Vaillard et Vincent (streptocoque).

En 1892, Bourges inocula à un lapin une culture virulente de streptocoque.

La réaction au début fut à peine sensible, mais au bout de deux jours l'animal fut atteint de paraplégie complète avec paralysie des sphincters rectal et vésical.

L'amaigrissement fut rapide. L'animal mourut le quinzième jour après l'inoculation.

Les organes viscéraux étaient congestionnés.

La moelle était très friable au niveau du renflement lombaire.

Elle fut examinée à l'état frais et durcie. Les cellules nerveuses étaient réfringentes, alvéolaires, leurs noyaux se coloraient mal. Cette altération se trouvait dans toute la moelle principalement au renflement lombaire.

L'examen de la moelle durcie confirme ces premières recherches.

Dans la région cervicale et la région dorsale la substance grise seule est atteinte, les cellules nerveuses des cornes antérieures ont diminué de nombre et de grandeur. La dégénérescence vacuolaire domine, on rencontre des espaces clairs, circulaires ou à contours polycycliques.

Les coupes faites au renflement lombaire sont différentes, on distingue mal la substance grise de la substance blanche. Les cellules nerveuses sont déformées complètement. La substance grise est parsemée d'espaces clairs arrondis.

Les vaisseaux sont peu apparents.

Les racines rachidiennes antérieures de la région lombaire seules sont altérées. Le cylindre est altéré, gonflé, granuleux, peu coloré. Sur le trajet des racines antérieures les tubes nerveux sont sains. A la région lombaire également, la plupart des cellules nerveuses, des ganglions rachidiens sont vésiculeux.

Les nerfs périphériques sont sains.

Muscles. — Les muscles sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse, L'altération est plus prononcée au niveau des membres postérieurs qu'aux membres antérieurs.

Il s'agit d'une myélite aiguë diffuse à corps granuleux ayant détruit entièrement la moelle au niveau du renfle-

ment lombaire et ayant altéré les cellules nerveuses sur toute la hauteur de la moelle et dans toute l'étendue de la substance grise. Cette myélite avait produit une paralysie complète du train postérieur avec paralysie des sphincters et eschare fessière accessoirement accompagnée d'atrophie musculaire des membres.

Enfin, M. Roger publia en 1893 une polyomyélite chronique d'origine infectieuse. Il réussit à produire une atrophie musculaire progressive streptococcique.

Trois semaines après l'inoculation à des lapins d'une culture de streptocoque, il put constater une atrophie musculaire, siégeant sur les membres postérieurs et la masse sacro-lombaire. Les membres antérieurs étaient intacts. Il n'y avait pas de paralysie, mais les animaux avaient de la difficulté à marcher. L'évolution de cette atrophie a été rapide les animaux ont succombé, du cinquième au vingtième jour après l'inoculation.

AUTOPSIE

Muscles. — On trouve les muscles très diminués, surtout aux membres postérieurs. Si l'on examine au microscope une fibre musculaire, on voit qu'elle est réduite au tiers du diamètre normal (*fig. 1, 2*).



FIG. 1. — Fibre musculaire normale.

Les stries normales sont peu nettes, et par places elles ont totalement disparu. Le faisceau est seulement parcouru

par des stries longitudinales. Les noyaux du sarcolemne sont plus nombreux qu'à l'ordinaire.



FIG. 2. — Fibre musculaire dégénérée.

Moelle. — A l'examen macroscopique la moelle semble indemne. Les cornes antérieures sont saines, mais leurs cellules sont absolument déformées.

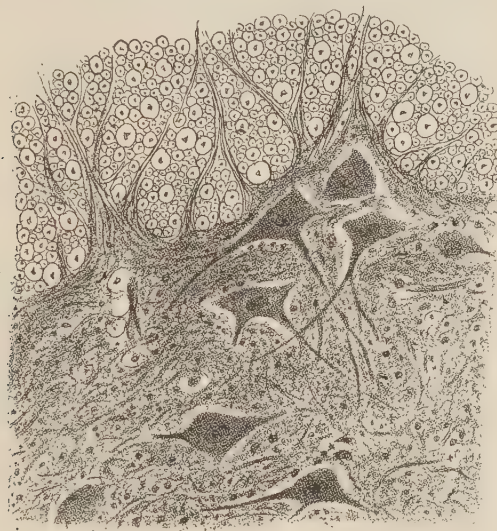


FIG. 3. — Moelle normale de lapin.

Les lésions sont disséminées sans régularité, et l'on

rencontre des cellules normales à côté de cellules profondément lésées (*fig. 4*).

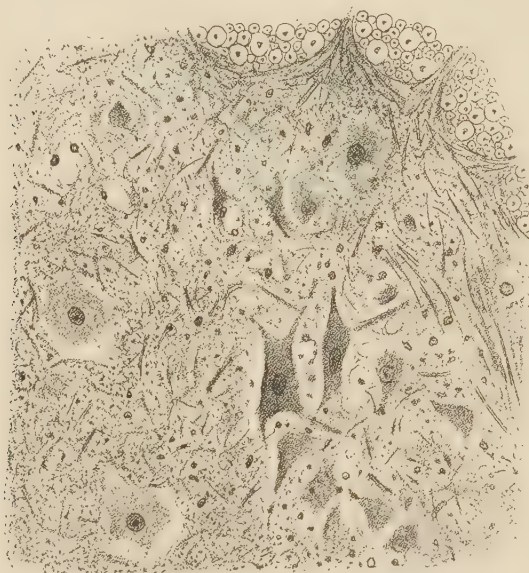


FIG. 4. — Moelle d'un lapin tué 16 jours après l'inoculation, 7 jours après le début des amyotrophies (région lombaire).

A une période plus avancée de l'infection (*fig. 5*) tous les éléments nerveux sont touchés au moins dans la région lombaire. Le protoplasma se tuméfie, il devient plus clair et se colore en rose par le picro-carmin au lieu de prendre une teinte rouge normale, seul le noyau se colore en rouge. On constate des vacuoles cellulaires, la cellule devient transparente dans toute son étendue. Le noyau, après avoir résisté plus longtemps, disparaît à son tour.

La névroglie se tuméfie, et chez les animaux qui ont survécu le plus longtemps (six mois) les cellules de la névroglie deviennent vésiculeuses et leur noyau disparaît.

La lésion névroglique est diffuse et ne se limite pas aux cornes antérieures.

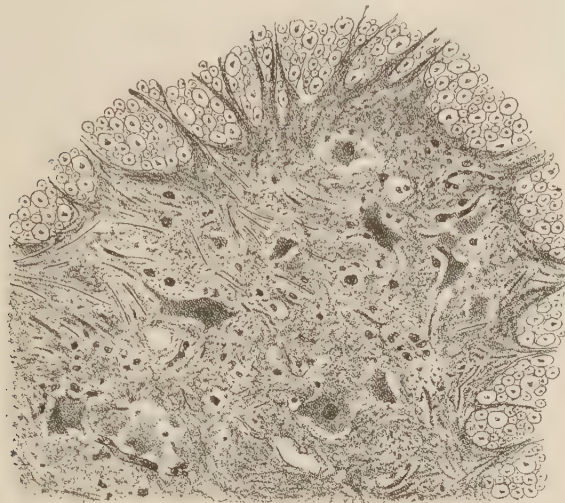


FIG. 5. — Moelle d'un lapin 32 jours après l'inoculation 19 jours après le début des amyotrophies.

Les vaisseaux sont dilatés à une période avancée de l'infection, on peut observer de petites hémorragies.

Les nerfs périphériques sont peu altérés, leur gaine lamelleuse est infiltrée de cellules embryonnaires, comme tout le tissu environnant.

Il est régulier que cette lésion se termine par une résolution complète¹.

Tout récemment, en février 1895, MM. Widal et Besançon ont publié l'observation de myélites infectieuses expérimentales par streptocoques.

Ils ont inoculé à des lapins des cultures virulentes de

1. M. Roger nous a permis de reproduire ses figures, il les a mises gracieusement à notre disposition, nous prions notre maître de recevoir nos plus vifs remerciements.

streptocoques, ils ont obtenu des paralysies, des paraplégies, qui toutes se sont terminées par la mort dans un délai maximum de soixante-dix jours.

Tantôt la myélite a suivi presque immédiatement l'inoculation, tantôt les symptômes pathologiques sont apparus plus tardivement. Quelquefois l'animal semblait guéri, lorsque brusquement survenait une paralysie qui évoluait fatalement. Dans d'autres cas, la paralysie suivait presque immédiatement l'inoculation.

D'une manière générale, les symptômes nerveux médullaires apparaissent au moment où on s'y attend le moins.

Dans un cas, MM. Widal et Besançon ont pu découvrir la cause provocatrice prochaine. Un lapin mâle inoculé depuis deux mois avait toujours été bien portant. On le mit en rapport avec une femelle, il tomba brusquement paralysé au premier essai d'accouplement. Il est certain que la moelle de cet animal était altérée par le processus morbide infectieux et que le coït n'a été que la cause occasionnelle.

Les paralysies signalées par ces auteurs sont tantôt flasques, tantôt elles sont accompagnées de contractures.

Leurs expériences, en thèse générale, ne diffèrent pas de celles de MM. Roger et Bourges. La moelle est lésée dans tous les cas.

La prédominance de la lésion dans telle région donnait lieu, soit à de l'atrophie musculaire progressive (Roger), soit à des paraplégies flasques à marche aiguë (Bourges), soit à des paralysies avec contractures plus ou moins généralisées (Widal et Besançon).

Dans toutes ces expériences, l'amaigrissement musculaire était très marqué.

Les lésions médullaires étaient sensiblement les mêmes que celles déjà décrites par Roger, Bourges, Gombault.

Ces myélites expérimentales infectieuses ont de nombreux caractères communs avec les myélites aiguës de l'homme ; deux lésions anatomo-pathologiques manquent cependant : *la diapédèse leucocytaire périvasculaire et l'hypertrophie de la névroglie.*

Ces deux altérations sont presque toujours constatées dans la myélite aiguë de l'homme.

La présence du streptocoque dans la moelle, signalée par tous les auteurs, n'est pas la cause de ces troubles nerveux.

Dans les observations de Widal et Besançon, la présence de ces microbes n'a pu être démontrée. Ils n'ont donc pas pu produire de lésion par embolie artérielle. Il faut donc admettre que ces lésions sont dues à une cause plus immédiate que le microbe lui-même.

Manfredi et Traversa dès 1888 ont affirmé l'existence des produits des microbes, du streptocoque qu'ils ont surtout expérimenté. Les nouveaux travaux confirment leurs recherches. Actuellement on admet que dans les maladies infectieuses le malade meurt d'infection ou d'intoxication. Le microbe peut produire des lésions organiques graves qui feront apparaître des complications fatales.

Mais à quoi attribuer la mort dans les maladies infectieuses où l'on ne constate aucune lésion ? Le malade peut mourir avec des phénomènes comateux ou bien avec des accidents ataxiques. A l'autopsie on ne constate aucune lésion. (Després : autopsies d'érysipélateux sans lésions : observ. VI, XXII, XLI, LVI.)

Depuis qu'on a remarqué que les cultures stérilisées donnaient les mêmes accidents que les microbes eux-mêmes, on a recherché les produits sécrétés par ces agents pathogènes. Les différentes recherches à ce sujet ont démontré que ces substances fabriquées par les mi-

crobes, les unes étaient solubles, d'autres insolubles, enfin un troisième groupe étaient volatiles.

Les microbes se débarrassent de ces produits comme nous nous débarrassons des substances que l'on trouve dans l'urine : substances narcotique, sialogène, etc. (Bouchard) créatine, créatinine, urée, etc.

Ce sont ces substances microbiennes excessivement toxiques qui viennent imprégner nos centres nerveux et produire les désordres signalés dans les infections.

Ce sont surtout *les produits solubles* qui désorganisent les fonctions physiologiques. Les substances insolubles et volatiles sont moins nocives.

Dans une communication récente Griffiths serait parvenu à isoler des urines des érysipélateux une ptomaïne qu'il nomme *Erysipélatine*. Ce corps se présente en lamelles blanches, solubles dans l'eau, ayant pour formule $C^{11}H^{13}AzO^3$.

La solution est parfaitement alcalinée. Elle précipite par la plupart des réactifs des alcaloïdes : tannin, acide phosphotungstique, acide phosphomolybdique, acide picrique, réactif de Nessler, chlorure d'or, chlorure de zinc, chlorure mercurique, etc.

Son chloroplatinate est cristallisé en aiguilles prismatiques. L'érysipélatine est vénéneuse, elle produit une forte fièvre et la mort dans les dix-huit heures.

L'auteur ne dit pas à quelle dose.

Comment agit le poison microbien ?

Trois cas peuvent se présenter :

a). La toxine microbienne peut exciter ou paralyser pendant un certain temps, la cellule nerveuse; on observe alors après la période aiguë une guérison rapide et complète.

b). La cellule nerveuse peut avoir été modifiée par ces produits solubles, sa physiologie est changée, sa réaction toute différente. La guérison, dans ce cas, est impossible.

c). Enfin les éléments nerveux peuvent être lésés, désorganisés, un tissu cicatriciel se produit et les symptômes morbides ne disparaissent jamais. La maladie passe à l'état chronique.

La différence de pronostic est due à la modification de la cellule nerveuse, dans un sens ou dans un autre.

Nous ferons remarquer que si l'on compare les accidents nerveux dus au streptocoque chez l'homme et chez l'animal, on est frappé de la prédominance *médullaire* chez l'animal, *cérébrale* chez l'homme.

Ces troubles nerveux sont en rapport avec la fonction du cerveau et de la moelle. Chez l'homme c'est une moelle au service d'un cerveau, tandis que chez l'animal c'est un cerveau au service de la moelle.

Si la toxine microbienne est la cause immédiate des troubles nerveux, il ne faut pas négliger le terrain sur lequel se développe l'infection. La constitution de certains malades, leurs antécédents morbides interviennent certainement, et ne sont pas un facteur négligeable.

Les deux dernières observations que nous citons au chapitre « DÉLIRE » montrent bien la prédisposition individuelle à faire, ou ne pas faire de troubles cérébraux. L'intensité de l'érysipèle dans ces deux cas est extrême, les malades n'ont jamais eu aucun phénomène nerveux pas même de délire.

Ne fait pas des accidents nerveux qui veut, il faut une prédisposition de l'organisme, un état spécial que nous constatons, mais que nous ne connaissons pas.

Toutes ces psychoses, tous ces troubles moteurs qui surviennent soit à la période aiguë, soit à la période d'apyrexie tirent aussi leur origine d'un épuisement de l'organisme antérieur à la maladie.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du système nerveux chez des malades succombant à l'érysipèle n'est pas bien connue.

En janvier 1895, Cettinger a publié l'observation d'une myélite streptococcique ayant apparue à la suite de la variole. Nous ne connaissons que les recherches de MM. Widal et Besançon relatives à l'examen de la moelle de deux vieilles femmes mortes d'érysipèle sans avoir présenté d'accidents nerveux.

Ils ont signalé l'état granuleux des cellules multipolaires de la substance grise, et leurs prolongements tronqués. Ces altérations n'ont pas une valeur bien grande, les mêmes lésions se retrouvent chez la plupart des vieillards. Mais ils ont trouvé les capillaires sanguins congestionnés, gorgés de globules et de leucocytes. En certains endroits les leucocytes formaient un véritable manchon au capillaire. Ces altérations légères doivent, en général, se réparer rapidement au moment de la convalescence.

Il serait intéressant d'examiner la moelle des individus ayant présenté des accidents nerveux. Il ne nous a pas été donné de faire des recherches à ce sujet.

Les lésions nerveuses expérimentales streptococciques chez le lapin et le cobaye ont été décrites dans le chapitre « PATHOGÉNIE ».

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC — TRAITEMENT

Diagnostic.

Le diagnostic des accidents nerveux dans l'érysipèle ne présente aucune difficulté.

Il ne pourra prêter à confusion que dans les cas de méningite. Mais la raideur de la nuque, les vomissements, l'inégalité pupillaire feront vite reconnaître la lésion des méninges.

Le diagnostic avec l'urémie sera plus difficile.

Si les accidents surviennent lorsque l'urine ne contient aucune trace d'albumine, on évitera facilement l'erreur.

Mais il est des cas d'urémie où l'urine ne contient pas d'albumine. Alors il faudra analyser chaque symptôme pour arriver à un diagnostic véritable.

Pronostic.

Le pronostic de ces accidents nerveux, est en général bénin; c'est une complication fâcheuse qui épuise le malade et diminue sa résistance, mais la guérison est rapide, et rarement on assiste à une issue fatale.

Les cas analogues à ceux de Baillarger sont très rares, et pour tirer une conclusion plus rigoureuse, il faudrait

rechercher si dans les antécédents des paralytiques généraux, des vésaniques, on ne trouve pas un ou plusieurs érysipèles.

Elargissant le sujet, il serait intéressant de voir si les différentes streptococcies ne donnent pas lieu à des altérations encéphalo-médullaires, irrémédiables.

Traitement.

Les accidents nerveux que nous avons signalés sont justiciables de la thérapeutique générale, qui est employée dans toutes les grandes pyrexies, où des phénomènes analogues apparaissent.

Si le malade est un alcoolique et s'il a du délire, il ne faudrait pas le priver de son excitant.

Quelquefois il arrive que ce malade éthylique a de l'albumine dans ses urines, le cas s'est présenté chez plusieurs de nos malades, il est préférable dans cette circonstance de le priver complètement d'alcool à cause de l'influence fâcheuse de ce liquide sur le rein.

L'opium sera interdit également en cette circonstance :

Le chloral en lavement, nous a paru le médicament de choix.

Si les phénomènes cérébraux sont très intenses, on aura recours aux bains.

Deux de nos malades ont reçu des bains ; le délire violent qu'ils présentaient a été diminué considérablement, et la température a baissé d'une façon notable.

Nous n'avons jamais donné de bain froid à 20 degrés, nous avons préféré le bain tiède.

Le but du médecin en prescrivant un bain dans une maladie infectieuse, est d'abaisser la température et de stimuler le système nerveux.

Or, fidèle aux idées de notre maître, M. le professeur Bouchard, nous croyons à l'efficacité aussi grande du bain tiède et progressivement refroidi, qu'à celle du bain froid.

Un malade perd de sa chaleur comme tout corps, de deux manières : par rayonnement et par conductibilité.

Si l'on plonge un malade ayant une température de 40 degrés dans un bain à 20 degrés, les capillaires périphériques désagréablement impressionnés se contracteront, chasseront le sang dans les parties profondes de l'organisme, et la déperdition de chaleur sera bien diminuée.

Le malade, dans ce cas, n'aura plus qu'une seule source de déperdition qui sera la conductibilité. Si au contraire on place le malade dans un bain tiède que l'on refroidit progressivement jusqu'à 25 degrés, les capillaires périphériques s'habitueront à la température ambiante et ne chasseront plus le sang dans les vaisseaux profonds, et le malade émettra de la chaleur aussi bien par rayonnement que par conductibilité.

Le système nerveux est aussi bien stimulé par un bain tiède que par un bain froid.

La statistique de M. Bouchard dans la fièvre typhoïde où il n'emploie que des bains tièdes, progressivement refroidis, est enviable, elle est aussi belle que celle des médecins qui suivent rigoureusement la méthode de Brand.

La seule contre-indication aux bains est la présence d'affections cardiaques anciennes.

CONCLUSIONS

I. — L'érysipèle peut provoquer des accidents nerveux très variables :

- a). Accidents du début.
- b). Accidents de la période aiguë.
- c). Accidents de la convalescence.

Sur 597 cas d'érysipèles sur lesquels porte notre statistique du service de M. le D^r Roger, 53 malades ont présenté des troubles nerveux plus ou moins graves, ce qui donne un pourcentage de 11,26.

II. — Ces accidents guérissent presque toujours.

III. — L'érysipèle peut donner lieu, au moins chez l'animal, à de la méningo-myélite, à du ramollissement de la moelle, à de la sclérose en plaques : Dans ces cas, la guérison n'a jamais lieu, car il y a une lésion organique des éléments nerveux.

IV. — Les paralysies ont la plus grande ressemblance avec celles que l'on observe dans les autres maladies infec-

tieuses, notamment la diphtérie. Ce sont des *paralysies toxiques*.

L'érysipèle peut donner lieu à une paralysie toxique, déterminée par les produits solubles du streptocoque de Fehleisen.

Vu le Président,

BOUCHARD.

Vu le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

le vice-recteur de l'Académie de Paris .

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Achalme.** — Th. Paris, 1892.
- Anstie.** — « Erysipèle et névralgie du trijumeau. » *Lancet*, p. 199, 1866.
- Aubrée.** — Th. Paris, 1857.
- Avicenne.** — « *Avicennæ opera*. Venetiis apud juntas. » 1562, I, 3, fen. 2, c. 2 et 3.
- Baillarger.** — « Note sur l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale progressive. » *Annales médico-psychol.*, 1849.
- Bailly.** — Th. Paris, 1872.
- Barnier.** — Th. *Agrégat.*, Paris, 1857.
- Barrié.** — Th. Paris, 1894.
- Beau.** — « Mémoire sur une affection cérébrale, qu'on peut appeler « paralysie générale aiguë. » *Arch. gén. de méd.*, 1852.
- Behier.** — *Cliniques médicales*. Paris, 1864.
- Bolognesi.** — *Arch. de med.*, juillet 1893; janvier 1894.
- Bouchard.** — « La thérapeutique des maladies infectieuses. » Paris, 1888.
- Boulloche.** — *Paralysies pneumoniques*. Th. Paris, 1892.
- Bourges.** — « Myélites expérimentales produites par l'érysipélocoque. » *Soc. biol.*, 18 février 1893, p. 184.
- Brown-Séquard.** — *Paralysies des extrémités inférieures*. Traduct. franç., Paris, 1861.
- *Leçons sur les paralysies des membres inférieurs*. Paris, 1865.
- Brugnier.** — *Paralysies dans les maladies aiguës*. Th. Paris, 1860.

Camara Pestana. — « Diffusion du poison du tétanos dans l'organisme. » *Soc. biol.*, 27 juin 1891.

Caziot. — « Névrite paludéenne périphérique. » *Soc. méd. hôpit.*, 17 janvier 1895.

Champouillon. — « Erysipèle salutaire. » *Recueil de méd. et chir. milit.*, octobre 1869.

Chantemesse. — *Soc. méd. des hôpit.*, 25 janvier 1895.

Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1888, p. 505.

Charpentier. — *Contribution à l'étude des paralysies puerpérales.* Paris, 1872.

Charrin et Babinsky. — « Paralysie pyocyannique. » *Soc. biol.*, 10 mars 1888, p. 257.

Christian. — *Arch. génér. de méd.*, 1873.

Chrestien. — « Lettre sur le traitement de l'érysipèle de la face et des accidents cérébraux qui l'accompagnent. » *Gaz. méd.*, 1833, I, p. 454.

Clément. — « Tremblements consécutifs aux maladies aiguës. » *Lyon médical*, 1877, p. 149.

Colle. — *Complications oculaires de l'érysipèle.* Th. Bordeaux, 1887.

Damaschino et Roger. « Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance. » *Gaz. méd.*, Paris, 1871.

Darcy. — *De l'hémiplégie puerpérale.* Th. Paris, 1877.

Déjerine. — « Etude sur le nervo-tabes périphérique. » *Arch. de physiolog.*, 1884, I, p. 231.

Delius. — *De paralyti utriusque brachii post febrem scarlatinam.* Erlangen, 1777.

Desplats. — *Paralysies périphériques.* Th. Paris, 1875.

Desprès. — *Traité de l'érysipèle.* Paris, 1862.

Dieu. — « Aphasie consécutive à un érysipèle de la face. » *Communication orale.* Paris, septembre 1890.

Dujardin-Beaumetz. — *De la myélite aiguë.* Th. Paris, 1872.

Etmuller. — Cité par Landouzy.

Elsasser. — *Arch. f. physio. Heilkunde*, 1852, XI, 3.

Fabricius. — *Dissertatio de paralyti brachii unius et pedis alterutrius lateris, dyssentericis familiari.* Helmstadt, 1750.

Fabrice de Hilden. — *Obs. chir. cent.*, 6, obs. 82.

Farestus. — *Liv. X*, obs. 95.

- Festal.** — Th. Paris, 1887.
- Freind.** — *Opera omnia medica*, Parisiis, 1735, p. 120.
- Gamaleia.** — *Poisons bactériens*. Paris, 1894.
- Gasne.** — « Gangrène symétrique érysipél. » *Presse méd.*, 8 juin 1895.
- Gilbert et Lion.** — « Paralyse infectieuse expérimentale. » *Gaz. hebdom.*, 5 juin 1891, p. 271. — *Soc. biol.*, avril 1889.
- Grancher et Ledoux-Lébard.** — *Arch. de méd. expér.*, mars 1891.
- Graves.** — « De la paralysie indépendante d'une lésion primitive de la moelle épinière. » (Dublin, 1834-1835). *Arch. gén. de méd.*, juin 1836, Paris.
- Griffiths.** — « Erysipélatine. » *Bull. de la Société chimique de Paris*, 1895, p. 250.
- Gros.** — « Contribution à l'étude des névrites. » Lyon, 1879.
- Gruner.** — *Semeiotice Halæ*. Cité par Imbert-Gourbeyre.
- Gubler.** — « Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents. » *Soc. méd. des hôpit.*, 14 décembre 1859. *Arch. gén. de méd.*, 1860, I, p. 257, 402, 534, 693; II, p. 187, 718; 1861, I, p. 306.
- Hallopeau.** — Th. Agrégat., 1875.
- Hartmann.** — *Arch. f. Hygiene*, 1887.
- Hayem.** — « Des myosites symptomatiques. » *Arch. de physiol.*, Paris, 1870.
- Hayem et Parmentier.** — *Revue de médecine*, 1888, p. 439.
- Hédon.** — Th. Bordeaux, 1888.
- Hoffmann.** — « Hoffmanni opera. » *Edition de Genève*, 1748, I, 357.
- Holm.** — *Hospitalstidende*, 1872, p. 61, 66, 73.
- Imbert-Gourbeyre.** — « Recherches historiques sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës. » *Gaz. méd.*, Paris, 1863, p. 381, 418, 530.
- Jaccoud.** — « Des complications de l'érysipèle. » *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, janvier 1888.
- « Traité de pathologie interne. »
- Jolly (Fr.).** — « Ueber multiple Hirnsklerose. » *Arch. f. psych.*, 1872, p. 711.
- Jungken (J.-H.).** — *Praxis medica*. Francfurti, 1689.
- Kohos.** — « Chorée et érysipèle. » *Lyon médical*, 16 octobre 1892, p. 229.

Kroupetzki. — *Medicina*, 12 février 1895; *Journal de méd. de Bordeaux*, 30 juin 1895.

Labbé. — *De l'érysipèle*. Th. Paris, 1858.

Lamonnrière (de). — *Observatio fluxus dysenterici Lugduni Gallorum populariter grassantis anno Domini 1625 et remediorum illi utilium*. Lugd., 1626, p. 34.

Landouzy. — « Des paralysies dans les maladies aiguës. » Th. Agrég., Paris, 1880.

Leyden. — *Maladies de la moelle épinière*. Paris, 1879.

Junier. — « Paralysie générale progressive. » *Annales médico-psych.*, 1849, I.

Macario. — « Mémoire sur les paralysies dynamiques. » *Gaz. méd.*, Paris, 1857-1858.

Malle. — *Gaz. méd.*, 1833, I, 346.

Manfredi et Traversa. — « Sur l'action physiologique et toxique des produits de culture du streptocoque de l'érysipèle. » *Giornale internaz. delle scienze mediche*, 1888, p. 456.

— *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888.

Marie (P.). — *Progrès méd.*, 1884, p. 287, 305, 349, 365.

Monneret. — *Compendium de médecine*.

Morgagni. — *Epist.* XI, n° 2.

Mugnier. — *De la folie consécutive aux maladies aiguës*. Th. Paris, 1865.

Murchisson. — *La fièvre typhoïde*, p. 173.

Musset. — *Traité des maladies nerveuses ou névroses*. Paris, 1841, p. 21.

Ettinger. — « Paralysie ascendante aiguë. » *Sem. méd.*, 30 janvier 1895.

— « Myélite streptococcique dans la variole. » *Soc. méd. hôp.*, 25 janvier 1895.

Pagliano. — « Mémoire à l'Académie de médecine. » *Rev. de méd.*, 1894, n° 7, 8.

Parinaud. — « Atrophie du nerf optique dans l'érysipèle de la face. » *Arch. gén. de méd.*, 1879, p. 641.

Paulet. — *Pseudo-tabes*, Th. Montpellier, 1891.

Percy-Smith. — « Insanity following mumps. » *Lancet*, 1889, II, p. 265.

Pitres. — « Névrites périphériques. » *Rev. de méd.*, décembre 1885.

Piorry. — « Mémoire sur les accidents cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. » *Gaz. méd.*, 1833, I, p. 281.

Piorry. — « Cliniques de la Pitié, 1834. Traité de méd. prat., *Gaz. méd. de Paris*, I.

Raymond. — *Maladies du système nerveux*. Paris, 1886.

Ribes. — *Mémoires de la Soc. méd. d'émulation*. Paris, 1816, p. 626.

Richardière. — *Soc. méd. des hôp.*, janvier 1893.

Roger. — « Association microbiennes. » *Soc. biol.*, 19 janvier 1889.

— « Modification du sérum à la suite de l'érysipèle. » *Soc. biol.*, 1890.

— « Action des produits solubles du streptocoque. » *Soc. biol.*, 4 juillet 1891.

— « Atrophie musculaire progressive expérimentale. » *Acad. des sciences*, 26 octobre 1891.

— « Contribution à l'étude expérimentale du streptocoque de l'érysipèle. » *Rev. de méd.*, décembre 1892.

— « Influence de l'infection sur le système nerveux. » *Rev. génér. des scien.*, 15 avril 1893.

Roux et Yersin. — *Annal. Inst. Past.*, 1888.

Salmuthus. — *Observ. med. centuriæ*. Brunsvigæ, 1648.

Schneider. — « Paralysies consécutives aux maladies aiguës. » Th. Paris, 1877.

Sennert. — *Sennerti Opera*. Parisiis, 1641, I, p. 415.

Szczypiorski. — « Ann. méd.-psych. » Mai-juin 1891.

Tavel. — « Bacteriologische mittheilungen. » *Correspondenz-Blatt, Schweiger aertze*, n° 19, p. 590, 1^{er} octobre 1887.

Triboulet. — Production expérimentale d'une maladie à mouvements choréiformes chez le chien. *Soc. biol.*, 9 avril 1892.

Tocito. — *Tétanie pendant la convalescence des fièvres*. Th. Paris, 1876.

Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 4^e édition, p. 714.

Vogel. — « Dysenterie rouge. » *Med. bibliothek.*, 1752, I, p. 169.

Vulpian. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, 1875, II.

— *Maladies du système nerveux*. Paris, 1876.

Weber. — *Med. chir. transact.*, 1860, XLIII, p. 177.

Weiland. — *Deutsche med. Woch.*, 1886, n° 39.

Widal. — *Traité de médecine Brouardel*, art. Érysipèle.

Widal et Bezançon. — « Myélites infectieuses expérimentales. » *Ann. Inst. Pasteur*, février 1895.

— « Examen de deux moelles d'érysipélateux. » *Soc. méd. hôp.*, 25 janvier 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	I
CHAPITRE I. — <i>Historique des accidents nerveux dans les maladies aiguës</i>	5
CHAPITRE II. — <i>Accidents du début :</i>	
Syncope.	II
CHAPITRE III. — <i>Accidents de la période d'état :</i>	
Délire.	15
Méningite	40
Troubles de sphincters.	46
Mouvements choréiformes.	51
CHAPITRE IV. — <i>Accidents de la convalescence :</i>	
Vertiges, étourdissements, éblouissements.	56
Erysipèle chez les nerveux	59
Troubles oculaires	63
Paralysies.	70
Parésie, troubles divers	80
Gangrène	86
Troubles de l'ouïe	91
Névralgies.	92
Psychoses.	93
Paralysie générale	97
Erysipèle salulaire.	107
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie.</i>	III
CHAPITRE VI. — <i>Anatomie pathologique.</i>	132
CHAPITRE VII. — <i>Diagnostic. Pronostic. Traitement.</i>	133
CONCLUSIONS.	136
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	139

